

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.06.2020.ТІВ.102.02  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**НЕЪМАТОВ ЎКТАМ СУЮНОВИЧ**

**БУРУН БЎШЛИҒИ ХАВФСИЗ ҚОН ТОМИР ҲОСИЛАЛАРИ  
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.04 – Оториноларингология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

Самарқанд – 2023

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)**

**Неъматов Ўктам Суюнович**

Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир

ҳосилалари диагностикаси ва даволаш усулларини

такомиллаштириш..... 3

**Неъматов Уктам Суюнович**

Усовершенствование диагностики

и лечения доброкачественных сосудистых

образований полости носа..... 29

**Nematov Uktam Suyunovich.**

Improvement of diagnostics and

treatment of benign vascular neoplasms

of nasal cavity..... 53

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ

List of published works..... 56

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/05.06.2020.ТІВ.102.02  
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**НЕЪМАТОВ ЎКТАМ СУЮНОВИЧ**

**БУРУН БЎШЛИҒИ ХАВФСИЗ ҚОН ТОМИР ҲОСИЛАЛАРИНИ  
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.04 – Оториноларингология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Самарқанд– 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2020.4.PhD/Tib1490 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)) ва «Ziynet» ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

<b>Илмий раҳбар:</b>	<b>Лутфуллаев Ғайрат Умриллаевич</b> тиббиёт фанлари доктори, доцент
<b>Расмий оппонентлар:</b>	<b>Насретдинова Махзуна Тахсиновна</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор <b>Насыров Вадим Алиярович</b> тиббиёт фанлари доктори, профессор
<b>Етакчи ташкилот:</b>	<b>Абу али Ибни Сино номидаги Тожикистон Давлат Медицина Университети</b>

Диссертация ҳимояси Самарқанд давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc.04/05.06.2020.TIB.102.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 140100, Самарқанд, Амир Темур кўчаси, 2-уй. Тел.: (+99866) 233-30-34; e-mail: [ilmiyprorektori@sammi.uz](mailto:ilmiyprorektori@sammi.uz)).

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси билан Самарқанд давлат тиббиёт университети Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_\_\_-сон билан рўйхатга олинган). Манзил: 140100, Самарқанд шаҳри, А.Темур кўчаси, 18-уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

Диссертация автореферати 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ж.А. Ризаев**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Г.У. Самиева**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий  
котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**М.Т. Насретдинова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш  
қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт  
фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа фанлари доктори диссертациясига аннотация (PhD))**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Сўнги йилларда дунёнинг барча ривожланган мамлакатларида одамларда учрайдиган барча хавфсиз ҳосилалар орасида, қон томир ҳосилалари 1-7% ни ташкил қилиб, етакчи ўринлардан бирини эгаллаши аниқланмоқда. Ушбу ҳосилалар 60-80% ҳолларда бош соҳасидан ўрин эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра «...гемангиомалар учун, бурун бўшлиғи ноодатий жойлашув ўрни саналсада, унинг барча ҳосилалар орасида улуши 2-3%ни, хавфсиз ҳосилалар орасида эса - 7% кўрсаткични ташкил этади...»<sup>1</sup>. Гемангиома барча ёш гуруҳларида учрайди, бунда бир неча чўққиларни алоҳида ажратиб кўрсатиш мумкин: жумладан болалар ва ўсмирларда, репродуктив ёшдаги аёллар кўпроқ учраса, 40 ёшдан катта бўлган гуруҳда тенг тақсимланиш кузатилади. Гемангиомалар организмнинг деярли барча аъзо ва тўқималарини зарарлаши мумкин, аммо энг кўп ҳолларда тери, тери ости ёғ қавати, оғиз ва бурун бўшлиғи шиллиқ қаватлари ангиоматоз ҳосилаларнинг келиб чиқадиган жойи бўлиб саналади.

Жаҳонда, ушбу муаммони ҳал қилишга биринчилардан бўлиб уринганлардан бири Вирхов бўлиб, у 1863 йилда гемангиома ривожланишининг “фиссурал назария”сини илгари сурди. Ушбу назария, аксарият гемангиомалар юзнинг табиий тешиклари атрофи ва бўйин олдинги соҳаси терисини кўпроқ зарарлашига асосланган эди. Бу омил эса, бундай жойлашувга эга қон томир ҳосилалари - эмбриогенез аномалияси оқибатида ривожланади дея ҳисоблашга имкон берди.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, хусусан, гемангиомаларни ангиодисплазияларга эмас, балки ҳосилаларга тегишли деб ҳисоблашади. Муаллифлар илгари сурган назарияга кўра, гемангиомалар ҳақиқий ҳосилалар бўлиб, уларнинг ривожланиши ва ўсиши тўқимада мавжуд бўлган ва шубҳасиз, эмбрионал ривожланишни эрта босқичларида сақланиб қоладиган ангиоген элементларнинг (ангиобластлар, қон томир деворининг кам такомиллашган компонентлари) интенсив пролиферацияси билан боғлиқ. Гемангиомаларни микроскопик текшируви эндотелиал хужайраларнинг пролиферациясини кўрсатиб беради, айна вақтда қон томирлар ривожланиш нуқсонини эса яссиланган эндотелий билан изоҳланади. Кўпгина муаллифлар томонидан ҳосила хужайраларидаги юқори митотик фаоллик эътироф этилади, шу билан бирга гемангиомаларнинг спонтан регрессияси эҳтимоли ҳам қайд этилади, бу эса касалликнинг ҳосила табиатли эканлигига тўлиқ мос келади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 28-январдаги ПФ-60-сонли «Янги Ўзбекистонни 2022-2026-йилларда ривожлантириш стратегияси тўғрисида»ги, Ўзбекистон Республикасининг 2018 йил

---

<sup>1</sup> Mulliken, J. B., & Bischoff, J. (2013). Pathogenesis of infantile hemangioma. Vascular anomalies: hemangiomas and malformations, 2, 43-67.

7 декабрдаги ПФ-5590-сонли “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги Фармонлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги ПҚ-5199-сонли “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарори ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий–ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги вақтда аҳолининг ББХҚТХ муаммосига жуда кўп илмий изланишлар бағишланган. Ушбу тадқиқотларнинг кўпчилигида муаллифларнинг касалликнинг этиологияси ва патогенези ҳақидаги фикрлари бир-бирига мос келади ва диагностика усуллари ишлаб чиқилган ва ББХҚТХ билан касалланган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш ёндашувлари ишлаб чиқилган [Лутфуллаев У.Л 2017; Антонив В.Ф 2015; Лутфуллаев Г.У 2018; Tamaki A 2017; Sillverberg S.G. 2012]. P. Laken гемангиомаларни ҳосила табиати тўғрисида ёзиб ўтиб, ангиомалар учун хос бўлган эндотелиал хужайралар пролиферацияси ушбу ҳосилаларни варикоз ва аневризмалардан фарқлаб туришини таъкидлайди. Ушбу фикрлар бир қатор муаллифлар томонидан қўллаб-қувватланади [Laken P.A., 2016, Smith C.J. 2017].

И.А.Талалаенко, К.Г.Селезневнинг фикрича, гемангиомаларнинг аксарият қисми гамартома типидagi ривожланиш нуқсони саналади ва унчалик кўп бўлмаган қисми ҳақиқий ҳосилалар – бластомаларга таалуқлидир, аммо муаллифлар шуни таъкидлашадики, ангиомаларда уларнинг келиб чиқишидан қатъий назар, қон томирларнинг ўсиши ва куртакланиш йўли билан янги шохларнинг шаклланиш ҳолати кузатилиши мумкин. Муаллифлар қон томирлардан келиб чиқувчи ҳақиқий ҳосилаларни, юқорида айтиб ўтилган ҳосиласифат ҳосилалардан қатъий ажратиш қийин деб ҳисоблашади ва уларни биргаликда кўриб чиқишни таклиф қилишади.

Лутфуллаев У.Л. (2017), Антонив В.Ф. (2015), Лутфуллаев Г.У. (2018) лар гемангиомаларни ангиодисплазияларга эмас, балки ҳосилаларга тегишли деб ҳисоблашади. Муаллифлар илгари сурган назарияга кўра, гемангиомалар ҳақиқий ҳосилалар бўлиб, уларнинг ривожланиши ва ўсиши тўқимада мавжуд бўлган ва шубҳасиз, эмбрионал ривожланишни эрта босқичларида сақланиб қоладиган ангиоген элементларнинг (ангиобластлар, қон томир деворининг кам такомиллашгна компонентлари) интенсив пролиферацияси билан боғлиқ. Гемангиомаларни микроскопик текшируви эндотелиал хужайраларнинг пролиферациясини кўрсатиб беради, айтилиши вақтда қон томирлар ривожланиш

нуқсони эса яссиланган эндотелий билан изоҳланади. Кўпгина муаллифлар томонидан ҳосила хужайраларидаги юқори митотик фаоллик эътироф этилади, шу билан бирга гемангиомаларнинг спонтан регрессияси эҳтимоли ҳам қайд этилади, бу эса касалликнинг ҳосила табиатли эканлигига тўлиқ мос келади [Tamaki A 2017; Sillverberg S.G. 2012].

Бугунги кунда бурун бўшлиғи гемангиомасини эрта ривожланиш босқичидаги белгилари етарлича ўрганилмаган; бошқа ҳосилаларни ўрганишда ўзини оқлаган қатор усулларнинг диагностик аҳамияти аниқланмаган; жарроҳлик даволаш учун аниқ шаклланган кўрсатмалар мавжуд эмас; ушбу ҳосилаларда терапевтик таъсирларни комбинирланган ва кўшма кўринишларда қўллаш имкониятлари ўрганилмаган.

Юқорида келтирилган маълумотлар ушбу тадқиқотнинг илмий ва амалий зарурлигини тасдиқлайди.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий тадқиқот ишлари режаларига мослиги.** Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт университети амалий тадқиқот лойиҳасининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №01980006703 “Диагностика, даволаш ва профилактиканинг замонавий усулларини ишлаб чиқиш” (2019-2022 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқот мақсади** бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари бўлган беморларда, диагностикани такомиллаштириш ва комплекс даволаш самарадорлигини баҳолашдан иборат.

#### **Тадқиқот вазифалари:**

бурун бўшлиғининг гемангиомаси қайд этилган беморларда жарроҳлик йўли билан даволашдан олдин ва кейин эндоген интоксикация кўрсаткичлари ҳолатини баҳолаш;

жарроҳлик аралашувидан олдин ва кейин бурун шиллиқ қаватининг химоя функцияси, назал секретда гуморал иммунитет кўрсаткичларини баҳолаш;

жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин Полидекса препарати ва арпабодиён эфир ёғини комплекс қўллаш самарадорлигини баҳолаш;

бурун бўшлиғини хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда касаллик қайталанишини олдини олиш бўйича таклифларни ишлаб чиқиш.

**Тадқиқот объекти** сифатида СамДТУ кўп тармоқли клиникасининг оториноларингология бўлимида бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан даволанган 18 ёшдан 72 ёшгача бўлган 73 нафар беморлар олинган

**Тадқиқотнинг предмети**ни умумий клиник, иммунологик, биокимёвий учун беморларнинг веноз қони, зардоби ва бурун секретини ташкил этган.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқотда ЛОР аъзоларини текшириш, эндоскопик, биокимёвий, иммунологик, гистологик ва статистик текширув усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** куйидагиларни ўз ичига олади:

илк бор, бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилаларининг батафсил гистологик структураси ва организмда биохимиявий кўрсаткичларидаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда эрта клиник белгилари аниқланган;

бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилалари бор беморлар қон плазмасида МДА ва ЎММ тўпланиши, МДА/КА нисбати ортиши, шунингдек каталаза фаоллиги ва оксил барқарорлиги коэффицентининг (ОБК) пасайиши натижасида юзага келган эндотоксикоз кўрсаткичларининг диагностика киймати аниқланган;

табiiй арпабодиён усимлиги эфир мойининг, клиник кўрсаткичлар ва эндотоксикоз кўрсаткичлари ҳолатига ижобii антикосидант таъсири аниқланган;

илк бор, бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилалари бор беморларда қон кетишни камайтириш ва қайталаниш кўрсаткичини пасайтириш мақсадида, Полидекса дори воситаси ҳамда маҳалий арпабодиён эфир мойини комплекс қўллашнинг самарадорлиги илмii исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** куйидагиларни ўз ичига олади:

бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилалари бўлган беморларда эндоген интоксикация кўрсаткичларини (МДА, КА, ЎММ) аниқлаш ва МДА/КА, ва шунингдек ОБК нисбатини аниқлаш керак.

бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларни даволашда анъанавii даво фонида, ҳосила жаррохлик йўли билан олиб ташлангандан сўнг 10 кун давомида полидекса дори воситасини суткада 3 марта ҳар бир бурун катагига бир марта пуркаш тавсия этилган.

полидекса дори воситаси беморларга спрей кўринишида операциядан кейинги даврнинг дастлабки 5 кунда эндонал усулда кунига 5 марта ва кейинги 5 кунликда кунига 3 марта, умумii ҳисобда 10 кунлик даво курси билан тавсия этилган.

бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларни даволашда анъанавii даво фонида, арпабодиён эфир мойини операциядан олдин 1 ҳафта мобайнида 3 томчидан 3 маҳал ва операциядан кейин 2 ҳафта мобайнида худди шу дозада эндонал усулда қўллаш тавсия этилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.**

Тадқиқотда қўлланилган назарii ёндашувлар ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубii жиҳатдан тўғрилиги, етарли даражада беморлар сони танланганлиги, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган клиник-лаборатор, асосида бурун бўшлиғи ҳавфсиз қон томир ҳосилалари мавжуд бўлган беморларни эрта ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришга қаратилган чора тадбирларнинг ўзига ҳослиги ҳалқаро ҳамда маҳалли тажрибалар билан таққослангани, ҳулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

### **Тадқиқот натижаларни илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда эрта клиник белгиларни аниқлаш ва эндоген интоксикация биохимиявий кўрсаткичларини белгилаб олиш, касалликни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, тиббий хизмат сифатини яхшилаш имконини беради. Амалий медицинада бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини даволаш учун, комплекс даво усули тавсия этилди.

Тадқиқот ишининг амалий аҳамияти, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини комплекс даволашда, полидекса дори воситаси ва арпабодиён эфир мойини қўллаш бўйича кўрсатмалар ишлаб чиқиш билан изохланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда диагностика ва даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари диагностикасига янгича ёндошувлар бўйича услубий тавсиянома тасдиқланди «Бурун бўшлиғи гемангоималари диагностикаси» (соғлиқни сақлаш Вазирлиги томонидан тасдиқланган № 8н-р/600 от 09.06.2022й). Ушбу тавсиянома бурун бўшлиғи хавфсиз ҳосилаларини диагностика қилиш имконини беради;

Услубий тавсиянома тасдиқланди «Бурун бўшлиғи гемангоималарини даволаш» (соғлиқни сақлаш Вазирлиги томонидан тасдиқланган №8н-р/1036 от 01.11.2021й). Ушбу тавсиянома бурун бўшлиғи гемангоималари бўлган беморларни самарали даволаш имконини беради;

Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда ўтказилган ўзига хос клиника-биёкимёвий, цитологик ва инструментал илмий текширув натижалари Навоий вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, Ургут туман тиббиёт бирлашмаси ҳамда СамДТУ кўп тармоқли клиникаси амалиётига тадбиқ этилди (ССВ маълумотномаси 10 август 2022й № 8н-р/415). Тадқиқот натижаларини амалиётга тадбиқ этилиши бурун бўшлиғи, бурун ён бўшлиқлари хавфсиз қон томир ҳосилалари диагностикасини мақбуллаштириш, беморларни стационарда бўлиш муддатларини қисқартириш, шунингдек беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берди.

**Тадқиқот натижаларини апробацияси.** Тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларини нашр этиш.** Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш нашр этилган, шу жумладан 11 та мақола, улардан 5 та республика ва 6 та халқаро журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда эълон қилинган. **Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 110 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети шакллантирилган, Ўзбекистон Республикасида фан ва технологиялар ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий қилингани тўғрисида, шунингдек, нашр қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Адабиётлар шарҳи**» деб номланган биринчи бобида мавзу бўйича олиб борилган тадқиқот натижалари, шунингдек хорижий ва маҳаллий адабиётлар таҳлили батафсил баён этилган. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари этиологиясининг замонавий жиҳатлари келтириб ўтилди, тадқиқот натижаларига кўра касалликнинг диагностикаси ва давоси бўйича маълумотлар таҳлили ўтказилди. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларига бағишланган илмий тадқиқот ишлари қанчалик кўп эканлигига қарамасдан, унинг диагностикаси ва давоси масалалари бўйича ҳанузгача кўплаб ноаниқликлар мавжуд. Бурун бўшлиғи хавфсиз ҳосилалари диагностикаси, профилактикаси ва давоси бўйича асосланган тактика мавжуд эмас.

Ҳозирги вақтда касалликни эрта диагностика усуллари, шунингдек комплекс даво усуллари устида жадал изланишлар олиб борилмоқда. Шу муносабат билан ушбу касаллик билан оғриган беморларда эндоген интоксикация хусусиятларини ўрганиш эътиборга молик саналади.

Диссертациянинг “**Беморларнинг клиник тавсифи, қўлланилган тадқиқот усуллари**” деб номланган иккинчи бобида тадқиқот объекти, қўйилган вазифалар ечимини таъминловчи усул ва услубий ёндашувлар ёритилган. 2014 йилдан 2021 йилгача Самарқанд давлат тиббиёт университети куп тармоқли клиникаси оториноларингология бўлимига мурожаат қилиб келган 73 нафар бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари оғриган беморларни текширув ва комплекс даволаш натижалари, ва шунингдек 20 нафар амалий жиҳатдан соғлом бўлган кишилар - илмий-тадқиқот ишининг асосини ташкил этди.

Қўлланилган даво усулига кўра, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморлар 3 гуруҳга ажратилди:

Асосий А гуруҳ – анъанавий даво фонида полидекса дори воситаси қабул қилган беморлар (25 нафар бемор);

Асосий Б гуруҳ – анъанавий даво фонида арпабодиён эфир мойи ва полидекса препарати қабул қилган беморлар (28 нафар бемор).

Қиесий гуруҳ – анъанавий даво (АД) қабул қилганлар (20 нафар бемор);

АД гуруҳи - ҳосила жаррохлик йўли билан олиб ташланган беморларни ўз ичига олди.

Эндоскопик усуллар ташқи кўрик, ЛОР аъзолари пальпацияси, отоскопия, олдинги ва орқа риноскопия, орофарингоскопия, билвосита

ларингоскопия, "Olimpus" фирмасининг BF3C3 фиброскопи ёрдамида бурун бўшлиғи ва бурун-халқум фиброэндоскопияси усулларини ўз ичига олди. Бурун бўшлиғи кўриги уни зондлаш усули билан тўлдирилиб, унинг ёрдамида ҳосила ўлчамлари ва консистенцияси, атроф тўқималар билан ўзаро муносабати тўғрисидаги қимматли маълумотлар олиш имкони юзага келди.

Функционал текширув усуллари ёрдамида қуйидагилар баҳоланди:

- В.И. Воячек ва ринопневмометр билан бажариладиган Л.Б. Дайняк ва Н.С. Мельникованинг ринопневмометрия усули ёрдамида бурунни нафас функцияси ва бурун ўтказувчанлиги бузилиши даражаси

Лаборатор текширувлар қон ва сийдик умумий таҳлили, коагулограмма, қондаги қанд, АЛТ, АСТ, умумий билирубин миқдорини аниқлаш кабиларни ўз ичига олди ва терапевт, анестезиолог кўриклари ўтказилди.

Олинган натижаларни қайта ишлаш, Windows 10 операцион тизими учун яратилган 3.6.2 версиядаги R studio замонавий статистик дастурий таъминоти ёрдамида,  $p < 0,05$  ишончлилик даражасида амалга оширилди.

### 1.1-жадвал

#### Текширилаётган касалликларни бурун бўшлиғи томонидан клиник белгилари

Белги	Умумий гуруҳ N=73 n (%)	А-гуруҳ N=25 n (%)	Б-гуруҳ N=28 n (%)	Қиёсий гуруҳ N=20 n (%)
<b>Бурун томонидан кузатиладиган белгилар</b>				
Бурундан қон кетиши:				
- олдинги	53 (72,6%)	16 (64,5%)	19 (67,8%)	13 (65,0%)
- орқа	7 (9,6%)	3 (12,5%) *	3 (10,7%)	2 (10,0%) *
- уларни комбинацияси	13 (17,8%)	6 (24,0%)	6 (21,4%)	5 (25,0%)
- бир томонлама	73 (100%)	25 (100%)	28 (100%)	20 (100%) *
Бурун орқали нафас олиш бузилиши:				
- бир томонлама	66 (90,0%)	22 (88,0%)	25 (89,3%)	17 (85,0%)
- икки томонлама	7 (10,0%)	3 (12,0%)	3 (10,7%)*	3 (15,0%)
Бурундан ажралма:				
- йирингли	15 (20,5%)	3 (12,0%)	3 (10,7%)	1 (5,0%) *
-гўшт ювиндисисимон	17 (23,3%)	2 (8,0%)	6 (21,4%)	3 (15,0%)
- олдинги	12 (16,4%)	7 (28,0%)	5 (17,8%)	8 (40,0%)
- орқа	7 (9,6%)	1 (4,0%)	2 (7,14%)	1 (5,0%)
- бир томонлама	19 (26,0%) *	11 (44,0%) *	11 (39,3%)	6 (30,0%)
- икки томонлама	3 (4,1%)	1 (4,0%)	1 (3,6%)	1 (5,0%)
Ёпиқ манқалик	<b>6 (8,2%)</b>	<b>2 (8,0%)</b>	<b>1 (3,6%)</b>	<b>3 (15,0%)</b>
Ҳид билиш бузилиши				
- бир томонлама	27 (61,4%)	9 (64,3%)	8 (57,1%)	10 (62,5%)
- икки томонлама	17 (38,6%)	5 (35,7%)	6 (42,9%)	6 (37,5%)
<i>Эслатма: *-<math>p &lt; 0,05</math></i>				

Диссертациянинг «Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларининг клиник характеристикаси» деб номланган учинчи бобида бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари клиник белгилари

келтириб ўтилган. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини клиник кечиши ва диагностикасига оид маълумотлар келтирилади, учинчи кичик бўлимда эса эндоген интоксикация кўрсаткичлари ва уларнинг диагностик аҳамияти муҳокама этилган.

ББҲҚҲ клиник белгилари орасида энг эрта ва кўп кузатилгани - бурундан қон кетиши бўлиб, 71 нафар беморда (97 %) кузатилди, ва у барча ҳолатларда бир томонлама бўлди ва ББҲҚҲ жойлашув томони билан мос келди. Кўпроқ ташқарига қонаш (63,4 %), кам ҳолларда эса (14,0%) бурун-халқумга қонаш аниқланди. 20,4% ҳолларда эса иккала вариантни комбинацияси кузатилди. Беморлар гуруҳига кўра, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларида, бурун бўшлиғи томонидан кузатиладиган клиник белгиларни учраш даражаси 1.1-жадвалда келтириб ўтилган. Бурун орқали нафас олиш бузилиши, учраш кўрсаткичи бўйича иккинчи ўринни эгаллайди – 61 нафар беморда (83,5%). Барча беморларда бурун орқали нафас олиш қийинлиги ҳосила жойлашган томонга тўғри келди ва фақат 10,0% ҳолларда ушбу белги бурун бўшлиғининг қарама-қарши томонида ҳам кузатилди. Ринопневмометрия маълумотлари асосида I даражали бурун орқали нафас олиш қийинлиги - 18,3%, II даражали бурун орқали нафас олиш қийинлиги - 34,4%, III даражали бурун орқали нафас олиш қийинлиги эса - 49,5% беморда аниқланди. Иккинчи бурун бўшлиғи томондан I даражали бурун орқали нафас олиш қийинлиги - 8,6%, II даражали бурун орқали нафас олиш қийинлиги -12,9%, III даражали бурун орқали нафас олиш қийинлиги эса -15,1% беморларда кузатилди.

## 1.2-жадвал

### Текширилаётган касалликларни қўшни аъзолар томонидан клиник белгилари

Белги	Умумий гуруҳ N=73 n(%)	A-гуруҳ N=25 n(%)	Б-гуруҳ N=28 n(%)	Қиёсий гуруҳ N=20 n(%)
Эшитиш бузилиши: - бир томонлама - икки томонлама	19 (20.4 %) 9 (9.7 %)	5 (16.7 %) 3 (10.0%)	6 (20.0 %) 3 (10.0 %)	8 (24.2 %) 3 (9.1 %)
Қулоқда шовқин: - бир томонлама - икки томонлама	12 (12.9%) 7 (7.5%)	3 (10.0 %) 3 (10.0%)	4 (13.3 %) 2 (6.7 %)	5 (15.2 %) 2 (6.1 %)
Қулоқ битиши: - бир томонлама - икки томонлама	10 (10.8%) 4 (4.3 %)	3 (10.0%) 1 (3.3%)	3 (10.0%) 1 (3.3%)	4 (12.1%) 2 (6.1%)
Бош оғриғи	38 (40.9 %)	12 (40.0 %)	13 (43.3 %)	13 (39.4 %)
Бурун ён бўшлиқлари проекциясидаги оғриқ: - бир томонлама - икки томонлама	14 (15.1 %) 5 (5.4%)	4 (13.3 %) 2 (6.7 %)	5 (16.7 %) 1 (3.3 %)	5 (15.2 %) 2 (6.1 %)
Кўз косаси проекциясидаги оғриқ: - бир томонлама - икки томонлама	5 (5.4 %) 4 (4.3 %)	2 (6.7 %) 1 (3.3 %)	2 (6.7 %) 1 (3.3 %)	1 (3.0 %) 2 (6.1 %)
Томоқда оғриқ	5 (5.4 %)	2 (6.7 %)	2 (6.7 %)	1 (3.0 %)
<b>Эслатма:</b> *- $p < 0.05$ .				

Бурун томонидан кузатиладиган клиник аломатлардан ташқари, касалликни кўшни аъзолар томонидан ҳам юзага келадиган белгилари кузатилади. Ушбу симптомлар одатда бурундаги ўсувчи ҳосила ҳисобига, у томондан бурун ён бўшлиқлари табиий тешиклари ва айрим ҳолларда, хоаналар ва эшитув найлари тешикларини беркилиши туфайли юзага келади. Бурун бўшлиғи нормал аэрацияси ва лимфа оқими бузилади. Бу бурун бўшлиғида шиллик ва бурун ажралмалари тўпланиб қолишига ва қулоқ фаолмятидаги бузилишларга олиб келади. Бурун орқали нафас олиш билан боғлиқ аксарият муаммолар, дастлабки босқичларда бир томонлама бўлади. Кейинчалик, ҳосилани ўсиб бориши баробарида, улар икки томонлама характер касб этади (1.2 жадвал).

Орқа риноскопия текшируви, 18 (24,6 %) нафар беморда бурун чиганоқлари орқа охирлари гипертрофияси, шунингдек хоаналар (8,6%) ва 5 (6,8 %) нафар беморда бурун-халқум асоси ён деворини, халқум тешиклари билан биргаликда беркилганлигини кўрсатиб берди. Беморларнинг 17 (23,2 %) нафарида, ажралмани бурун-халқум гумбазида тўпланиши ва халқум орқа девори бўйлаб оқиб тушиши кузатилди.

Барча 73 нафар текширилувчиларда бурун ва бурун ён бўшлиқлари рентгенографияси текшируви ўтказилди. Рентген тасвирда 71 (97,2 %) беморда, бурун ён бўшлиқлари пневматизациясининг пасайиши ва патологик субстрат мавжудлиги аниқланди. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган барча 73 (100%) нафар беморда, даволашгача ва ундан кейин назал эндоскопия амалга оширилди. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган 72 (98,6 %) нафар беморда МСКТ, 46 (63 %) нафар беморда эса – бош мия МРТ текшируви ўтказилди. Барча ҳолатларда диагноз МСКТ ва МРТ текширувлари ёрдамида текширилди (1.3-жадвал).

### 1.3-жадвал

#### Турли текширув усуллариининг информацион аҳамияти

№	Диагностика усули	Информативлик	Прогностик аҳамияти
1.	Бемор шикоятларини баҳолаш	Ўртача	75.2%
2.	Анамнез маълумотлари	Ўртача	77,4%
3.	Олдинги ва орқа риноскопия	Ўртача	81.6%
3.	Эндоскопия	Юқори	89.1%
4.	Умумий рентгенография	Ўртача	76.3%
5.	МСКТ	Юқори	97.2%
6.	МРТ	Юқори	97.8%

Жадвал маълумотларидан хулоса қилиш мумкинки, бурун бўшлиғи гемангиомаси диагностикасида, бурун бўшлиғи эндоскопияси, МСКТ ва МРТ текширувлари бирмунча информатив усуллардан саналади.

Бироқ, девор олди бўйлаб ўсаётган унча катта бўлмаган ҳосилани пайқаш учун катта тажриба ва маҳорат талаб этилади. Бизнинг кузатувларимиз таҳлили шуни кўрсатдики, ЛОР врачга биринчи марта муурожаат қилган беморларнинг фақат 29 (39,7 %) нафарида, ҳосила олдинги риноскопия текшируви орқали аниқланди. Ҳосила тўқимаси бурун бўшлиғи тубининг орқа қисмида жойлашган ва маълум ҳажмга етган ҳолларда, орқа риноскопияни ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади. Орқа риноскопиянинг муваффақиятсизлигини кучли халқум рефлекси, бурун-халқум олдинги-орқа

ўлчамларининг қисқалиги, шунингдек ушбу анатомик соҳанинг кўплаб ўзига хослик ва мураккабликлари билан тушунтириш мумкин (гумбаз, орқа ва Розенмюллер чуқурчасига эга ён деворлар, най ёстикчалари, эшитув найи тешиклари, хоана ва суякчалар).

Бурун бўшлиғи ҳолатини текшириш ва патологик жараён турини аниқлаш учун, барча беморларда фиброэндоскопиядан фойдаланилди. Беморларда куйидаги ўзгаришлар аниқланди: ҳосила силлиқ ёки катта бўғинли юзага эга эканлиги (1.4-жадвал). Фиброэндоскопия текширувида ҳосилани бурун бўшлиғи бўйлаб тарқалиш соҳаси синчковлик билан кўриб чиқилди. Шундай қилиб, беморларни 51 (69,8 %) нафарида ҳосила бутун бурун бўшлиғини эгаллаб олганлиги, 15 (20,5 %) нафарида гумбаз ва ён деворни эгаллаган ҳолда қисман орқа деворга тарқалганлиги, 7 (9,5 %) нафарида эса ҳосила ён девордан мос томондаги хоана ва юмшоқ танглайга (орқа юзасига) ўтганлиги кузатилди.

#### 1.4-жадвал

#### Бурун бўшлиғи хавфсиз ҳосилаларида эндоскопик текширув натижалари

Ҳосиллага хос ўзгаришларнинг характеристикаси	Абсолют кўрсаткич N=73 n (%)	Асосий А гуруҳ N=25 n (%)	Асосий Б гуруҳ N=28 n (%)	Қиёсий гуруҳ N=20 n(%)
<b>Гемангиома</b>	26 (35,6 %)	8 (32,0 %)	10 (35,7 %)	8 (40,0 %)
Йирик бўғинли юза	15 (20,5%)	5 (20,0%)	6 (21,4%)	5 (25,0%)
Силлиқ юза	11 (15,1%)	3 (12,0%)	4 (14,3%)	3 (15,0%)
<b>Қоновчи полип</b>	47 (64,4,%)	17 (68,0%)	18 (64,3%)	12(60,0%)
Силлиқ юза	26 (35,3%)	8(32,0%)	8(28,3%)	7 (35,0%)
Дағал юза	21 (28,7%)	9 (38,0%)	10 (35,7%)	5 (25,0%)
<i>Эслатма: *-p&lt;0.05,</i>				

Текширилган 73 бемордан 70 нафарида МСКТ текшируви натижалари, бурун бўшлиғи фиброэндоскопияси, жаррохлик хулосаси ва гистологик текширув натижалари билан тўлиқ мос келди, бу эса усулнинг диагностик аниқлигини кўрсатиб беради - 97,2%.

Текширилган 46 бемордан 45 нафарида МРТ текшируви натижалари, бурун бўшлиғи фиброэндоскопияси, жаррохлик хулосаси ва гистологик текширув натижалари билан тўлиқ мос келди; битта ҳолатда натижалар мос келмаслиги кузатилди, бу эса диагностик усулнинг аниқлигини - 97,8% эканлигидан далолат беради. КТ ва МРТ текширувларда диагноздаги фарқланишлар, ҳосила тўқимасини бурун-халқум муртаги гиперплазиядан фарқлаш имконсизлиги билан боғлиқ.

Бизнинг фикримизча, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини диагностика қилиш ва ушбу соҳа ҳосилаларини дифференциал диагностика қилишда, битта эмас, бир нечта усулларни қўллаш, уларнинг ҳар бирини алоҳида ва барчасини бир бутун информативлигини оширади.

Биз бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини диагностика қилиш ва ушбу соҳа ҳосилаларини дифференциал диагностика қилишда қайсидир битта – текшириш усулидан эмас, балки усуллар мажмуасидан фойдаланиш

керак деб ҳисоблаймиз, чунки бу уларнинг ҳар бирини алоҳида ва барчасини бир бутун информативлигини оширади.

1. Энг асосий эрта ЛОР белгилар - бурун бўшлиғида ёт жисм сезиш, бурун орқали нафас олишда ноқулайлик, шунингдек тез-тез бурун қонаши саналади. Муайян нозологик бирликни даволаш натижасида, юқорида кўрсатиб ўтилган белгилар бўйича ижобий динамика кузатилмаса, беморлар тўлиқ ва мақсадли текширувларга муҳтож бўлади.

2. Ушбу жойлашувга эга ҳосилалар, асосан жараёни тарқалишида, ўртача ҳисобда биринчи клиник белгилар пайдо бўлган вақтдан то беморни шифохонага ётқизилишигача ўртача  $4,1 \pm 1,6$  ой ўтиб диагностика қилинади.

3. Агар врач олдинги риноскопия текширувида бурун бўшлиғидаги патологик жараёни аниқлай олмаса ва юқорида кўрсатиб ўтилган барча белгилар динамикада кузатилмаса, орқа риноскопия ва бармоқ билан текширув тавсия этилади. Ассиметрия мавжудлиги ва бармоқ охирида қон пайдо бўлиши, хавфсиз ҳосила мавжудлиги тўғрисида фикр юритиш учун туртки бўлади.

4. Фиброэндоскопик текширув, бурун бўшлиғи хавфсиз ҳосилаларини эрта шакллари ва уларнинг келиб чиқиш жойини аниқлаш учун энг мақбул усул саналади.

5. Рентгенологик текширув усулларида - мультиспирал компьютер томография имкониятлари одатдаги нурли тадқиқот усуллари билан солиштирилганда юқори ўринларни эгаллайди, чунки у ҳосиланинг нафақат экзофит қисмини аниқлаш, балки унинг атроф тўқималар ва мия асосига эндофит тарқалганлигини аниқлаш, шунингдек ушбу жойлашувга эга хавфсиз ҳосилалардан фарқлаш имконини беради.

*Бурун бўшлиғи хавфсиз ҳосилаларининг клиникаси ва диагностикаси*

Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган 73 нафар бемор текширилди. ББХҚХ билан оғриган беморлар ёши 18 ёшдан 72 ёшгача ораликда бўлиб, ўртача  $46,3 \pm 4,7$  ёшни ташкил этди.

#### 1.5-жадвал

Ҳосила	Бурун тўсиғи			Бурун ён девори (бурун чиғаноқлари)		
	Олдинги қисм	Ўрта қисм	Орқа қисм	Пастки	Ўрта	Туби
<b>Гемангиома (26)</b>				-	-	-
Капилляр	12 (46.1%)	3 (11.5 %)	1 (3.84%)			
Каверноз		2(7.6%)		5 (19.2%)	-	-
Аралаш	1(3.8%)	1(3.8%)		1(3.8%)		-
<b>Қоновчи полип (47)</b>	35 (74.5%)	11 (23.4%)	1 (2.1%)	-	-	-
<b>Жами(73)</b>	48 (65.7%)	17 (22%)	2 (2.7%)	6 (8.2%)		

Гистологик тузилишини ҳисобга олган ҳолда ББХҚХ куйидаги шакллари аниқланди: капилляр гемангиома 16 (61.5%), каверноз гемангиома 7 (26.9 %), аралаш 3 (11,5 %).

Ҳосилани бурун бўшлиғи турли анатомик тузилмаларидан ўсиб чиқиши таҳлил қилинганда аниқландики: бурун тўсиғидан – 76,7%, бурун латерал деворидан - 0%, бурун чиганоқларидан – 23,3 %, бурун бўшлиғи тубидан – 0% ҳолатда аниқланди (1.5-жадвал).

Ҳосиланинг даражасига қараб беморлар тақсимланиши 1.6-жадвалда келтирилган. Беморларни тиббий ёрдамга мурожаат қилиш вақти ўртача 4,1+1,6 ойни ташкил қилди.

### 1.6-жадвал

#### ББҲҚЎ билан оғриган беморларни ҳосила босқичига кўра тақсимланиши

Босқичи	Жами	Гемангиома			P-кўрсаткич
		Капилляр	Каверноз	Аралаш	
I босқич	4 (15,3%)	2 (7,7%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 > 0.05$
II босқич	18 (69,4%)	12 (46,4%)	5 (19,2%)	1 (3,8%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 < 0.05$
III босқич	4(15,3%)	2 (7,7%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 > 0.05$
IV босқич	-	-	-	-	NA
Жами	26 (100%)	16 (61,5%)	7 (27,0%)	3 (11,5%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 < 0.05$

*Эслатма: капилляр гемангиома билан бўлган беморлар гуруҳи статистик таққослаш гуруҳи саналади.*

Диагноздан келиб чиққан ҳолда, турли воситалар ва даволаш усуллари тавсия этилди. Диагноزلарни кенг хилма-хилликка эга эканлиги, касаллик кечувидаги кўп сонли ўзига хосликлардан, ёки врачларни етарлича онкологик хушёрликка эга эмаслигидан далолат беради. Ҳосила жараёни босқичига кўра беморларни тақсимланиши 1.6-жадвалда келтирилган. Шундай қилиб, касалликни I босқичи 4 (15,3%) нафар беморда кузатилди, текширилганларнинг энг катта қисмида жараённинг II босқичи аниқланди -18 – (69,4%), III 4(15%), нафар беморда кузатилди.

#### **Эндоген интоксикация кўрсаткичлари ва уларнинг диагностик аҳамияти**

Ўтказилган биохимиявий текширув натижаларига кўра аниқландики, ЛПЮ жараёни иккиламчи маҳсулоти – МДА кўрсаткичи назорат гуруҳи билан солиштирилганда 1,86 мартага ортганлиги, шу билан бирга антиоксидант ҳимоя тизимининг асосий ферментларидан бири саналувчи каталаза фаоллигини (КФ) 3,15 мартага камайганлиги қайд этилди (нормада - 0,87, қайд этилди - 0,28).

Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда эндоген интоксикацияни тавсифлаб берувчи, олинган натижалар 1.7 – 1.8 – жадвалда келтирилган.

## 1.7-жадвал

### Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда, мурожаат қилиб келган вақтдаги эндоген интоксикация кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Назорат, (n =20)	Умумий гуруҳ N=73 n (%)
МДА, мкмоль/л	3,50±0,25	6,52±0,57*
КА, мккат/сек·л	0,87±0,13	0,28±0,06*
ЎВМ <sub>254</sub> , ш.б.	0,23±0,09	0,53±0,06*
ЎВМ <sub>280</sub> , ш.б	0,29±0,05	0,46±0,05*
ОБК, у.е.	1,18±0,14	0,89±0,04*
МДА/КА нисбати, ш.б.	3,89±0,13	23,9±5,2*
<i>Эслатма: *-статистик аҳамиятли фарқланиш.</i>		

Умумий ва назорат гуруҳи кўрсаткичлари қиёсий таҳлил қилинганда, МДА/КА нисбатини 6 мартага (23,9) ортганлиги аниқланди, бу эса ўз навбатида ББХҚХ билан оғриган беморларда эркин радикалли оксидланишни сезиларли ортганлигини кўрсатиб беради. Шунингдек қон плазмасида ЎММ тўпланиши кузатилди, яъни назорат кўрсаткичларга нисбатан ЎММ<sub>254</sub> - 112,5% (0,53)га, ЎММ<sub>280</sub> эса – 60,7% (0,46) га ортди. Бунда оқсил барқарорлик коэффиценти (ОБК) назорат кўрсаткични (1,172), бор-йўғи 75,9 % (0,892) ни ташкил этди.

## 1.8-жадвал

### Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган, текширилаётган кичик гуруҳдаги беморларда, мурожаат қилиб келган вақтдаги эндоген интоксикация кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Назорат, (n =20)	А-гуруҳ N=25	Б -гуруҳ N=28	Қиёсий гуруҳ N=20
МДА, мкмоль/л	3,49±0,054	6,49±0,51*	6,54±1,42*	6,51±0,40*
КА, мккат/сек·л	0,87±0,065	0,27±0,06*	0,26±0,06*	0,29±0,03*
ЎВМ <sub>254</sub> , ш.б.	0,23±0,090	0,50±0,06*	0,59±0,12*	0,53±0,06*
ЎВМ <sub>280</sub> , ш.б	0,29±0,018	0,43±0,05*	0,51±0,08*	0,46±0,05*
ОБК, у.е.	1,18±0,059	0,84±0,04*	0,89±0,18*	0,91±0,03*
МДА/КА нисбати, ш.б.	3,89±0,103	23,2±5,2*	24,7±4,2*	23,9±4,2*
<i>Эслатма: Назорат гуруҳи билан солиштирилганда барча гуруҳларда статистик аҳамиятли фарқланиш аниқланди. Асосий гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқланиш аниқланмади.</i>				

Олинган маълумотларни ББХҚХ билан оғриган беморлар диагностикасида қўшимча мезон сифатида фойдаланиш мумкин. Бундан ташқари, юқорида санаб ўтилган омиллардан, даволашни илмий-асосланган усуллари ишлаб чиқишда ҳам фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Шундай қилиб, ББХҚХ билан оғриган беморлар аҳволи бош оғриғи, бурундан қон кетиши, нафас олиш ва ҳид билишни бузилиши, бурунда ёт жисм сезгиси, организмни умумий интоксикацияси, эндоген интоксикацияни

якқол кўрсаткичлари, яъни МДА, ЎММ<sub>254</sub>, ЎММ<sub>280</sub>, МДА/КА нисбати ортиши ва каталаза активлиги ва ОБК пасайиши билан характерланади.

Диссертациянинг «Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларида комбинирланган даво самарадорлигини баҳолаш» деб номланган туртинчи бобида бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда, анъанавий ва комплекс давонинг клиник самарадорлигини қиёсий баҳолаш келтириб ўтилган.

Фақат анъанавий даво қабул қилган (қиёсий гуруҳ) беморларда даволашгача ва даволашдан кейинги клиник текширув натижалари 1.9-жадвалда келтирилган.

### 1.9-жадвал

#### Қиёсий гуруҳдаги беморларда даволашгача ва даволашдан кейинги клиник симптоматика

№	Клиник симптом	давогача N=20 n (%)	Жаррохлик усулда даволашдан кейин 7- кунда N=20 n (%)	Жаррохлик усулда даволашдан кейин 14- кунда N=20 n (%)	Жаррохлик усулда даволашдан кейин 21- кунда N=20 n (%)
1.	Бурун орқали нафас олиш қийинлиги	13 (65,0 %)	10 (50,0 %)	9* (45,0 %)	5** (25,0 %)
2.	Бурундан патологик ажралма	10 (50,0 %)	8 (40,0 %)	6 (30,0 %)	2* (10,0 %)
3.	Бош оғриғи	8 (40,0 %)	5 (20,0 %)	4* (20,0 %)	3 <sup>na</sup> (15,0 %)
4.	Бурундан қон кетиши	15 (75,0 %)	8 (40,0 %)	6 (30,0 %)	4* (20,0%)
5.	Бурунда ёт жисм сезгиси	7 (35,0%)	4 (20,0%)	2* (10,0 %)	0 <sup>na</sup> (0%)
6.	Умумий интоксикация	19 (95,0%)	18 (90,0%)	16 (80,0 %)	13* (65,0%)

*Эслатма:* \*- $p < 0.05$ .

Даволашнинг 7 кундан сўнг, бурун битиши - 10 (50,0 %) ҳолатда, ювиндисимон ва шиллик-йирингли ажралма келиши - 8 (40,0%) ҳолатда, бош оғриқлари - 5 (25,0 %) ҳолатда, бурун қонаши - 8 (40,0 %) ҳолатда, умумий интоксикация белгилари - 18 (90,0%) ҳолатда аниқланди. Анъанавий даво қабул қилаётган беморларда даволашнинг 21 кунига келиб, бурун битиши - 5 (25,0%) ҳолатда, ювиндисимон ва шиллик-йирингли ажралма келиши - 2 (10,0%) ҳолатда, бош оғриқлари беморларда бошқа аниқланмади, бурун қонаши - 4 (20,0%) ҳолатда ва умумий интоксикация белгилари - 13 (65,0%) ҳолатда аниқланди ( 1.9-жадвал). Даволанишдан кейин 21 кунга келиб эса 2 (10,0%) нафар беморда - рентгенограммада яллиғланиш жараёнига хос белгилар аниқланди.

Клиник-инструментал текширувлар билан бир қаторда, биз томонимиздан эндотоксикоз мезонлари ҳам ўрганилди, унинг анъанавий даводан кейинги натижалари 1.10-жадвал маълумотларидан кўринадик,

анъанавий даводан кейин 7-кунга келиб, МДА миқдори келган кундаги кўрсаткичга нисбатан сезиларсиз - 4,5% га пасайди.

### 1.10-жадвал

#### Анъанавий даво қабул қилган қиесий гуруҳ беморларда эндоген интоксикация кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	давогача N=20 n (%)	даволашни 7-кунида N=20 n (%)	даволашни 14-кунида N=20 n (%)	даволашни 21-кунида N=20 n (%)
МДА, мкмоль/л	6,51±0,73	6,22±0,81	5,83±0,65*	4,92±0,73**
КА, мккат/сек·л	0,29±0,11	0,32±0,11	0,40±0,12	0,51±0,16**
ЎВМ <sub>254</sub> , ш.б.	0,53±0,13	0,51±0,16	0,46±0,17	0,40±0,15
ЎВМ <sub>280</sub> , ш.б.	0,46±0,08	0,41±0,10	0,38±0,09	0,36±0,11
ОБК, ш.б.	0,91±0,05	0,93±0,07	0,98±0,06	1,01±0,08*
МДА/КФ, ш.б.	22,52±2,59	19,41±1,62	14,72±1,49*	9,31±1,09**

*Эслатма:* \*- $p < 0.05$

Шунингдек, худди шу фонда каталаза фаоллиги сезиларсиз - 10,3 %га ортди ва бунда назорат гуруҳ кўрсаткичидан сезиларли даражада - 63,2%га камроқ бўлди. МДА/КА нисбати 13,8 %га камайиб, бу назорат гуруҳ кўрсаткичидан эса 4,98 марта баландлигича қолди. Анъанавий даволашнинг 21-кунига келиб, МДА кўрсаткичи сезиларли ўзгариб 4,92±0,73 мкмоль/л.ни ташкил этди. Бунда МДА кўрсаткичи назорат гуруҳидаги ўртача МДА кўрсаткичидан сезиларли баланд бўлди, аммо даволанишгача бўлган кўрсаткич билан таққосланганда, статистик аҳамиятли фарқланиш кузатилди. Ушбу фонда каталаза фаоллиги 37,9 % га ортди ва назорат кўрсаткичини 45,9 %ни ташкил этди. МДА/КА нисбати 34,6 %га камайиб, назорат гуруҳидаги кўрсаткичдан 3,78 баробар баландлигича қолди.

Анъанавий давони 7-кунига келиб эндотоксикоз гидрофил компонентини маълум даражада тикланиши кузатилди, яъни ЎММ<sub>254</sub> концентрацияси даволашдан олдинги кўрсаткичга нисбатан бор-йўғи 3,8 % камайди. ЎММ<sub>280</sub> даражаси назорат кўрсаткичга нисбатан 1,41 баробар ортгани ҳолда, даволашгача бўлган кўрсаткичга нисбатан бор-йўғи 10,9%га камайди. Бунда ОБК назорат кўрсаткичга нисбатан 1.27 баробар паст кўрсаткичда қолгани ҳолда, даволашгача бўлган кўрсаткичдан биров - 2,2 %га ортди. Анъанавий даводан сўнг 21-суткада ЎММ<sub>254</sub> концентрациясини сезиларсиз тикланиши қайд қилинди. Ушбу кўрсаткич даволашгача бўлган кўрсаткичга нисбатан 13,2 %га камайди, бунда назорат кўрсаткичга нисбатан сезиларли даражада – 2 баробарга ортди. ЎММ<sub>280</sub> даражаси ҳам сезиларли даражада - 17,4 %га камайиб, назорат кўрсаткичдан 1.31 мартага ортди. Бунда ОБК даволашгача бўлган кўрсаткичга нисбатан 7,7 %га ортди. Таққослаш гуруҳидаги 7 (21,2 %) нафар беморда ББХҚЎ рецидивланиши кузатилди. Шундай қилиб, анъанавий даво ўрганилаётган кўрсаткичларнинг сезиларсиз бўлсада тикланишига олиб келди, яъни ЛПО жараёнларининг интенсивлиги ва ЎММ таркиби етарлича коррекция қилинмади, рецидивлар сони - 7 (35 %)

Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларда анъанавий даводан кейин қониқарли натижалар етарли эмаслиги, ушбу патологияни даволашда умумий қабул қилинган ёндошувларни такомиллаштиришни талаб этади. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган I гуруҳ беморларда, анъанавий усуллардан ташқари комплекс давога, полидекса дори воситаси (15 мл) ҳам киритилди – бу комбинирланган восита бўлиб, у 1гр (650000 МЕ) неомицина сульфат, полимиксин В сульфат (1000000 МЕ), дексаметазон натрий метасульфобензоат (0,025 г) ва фенилэфрина гидрохлорид (0,250 г) дан ташкил топади.

Полидекса дори воситаси беморларга спрей кўринишида операциядан кейинги даврнинг дастлабки 5 кунда эндоназал усулда кунига 5 марта ва кейинги 5 кунликда кунига 3 марта, умумий ҳисобда 10 кунлик даво курси билан буюрилади.

### 1.11-жадвал

#### А гуруҳ беморларда (АД+полидекса) даволанишгача ва даволанишдан кейинги клиник симптоматика

№	Клиник белги	давогача N=25 n (%)	даволашни 7-кунда N=25 n (%)	даволашни 14-кунда N=25 n (%)	даволашни 21-кунда N=25 n (%)
1.	Бурун орқали нафас олиш қийинлиги	20 (80,0 %)	9 (36,0 %)	3* (12,0%)	2** (18,0 %)
2.	Бурундан патологик ажралма	13 (52,0 %)	4 (16,0 %)	2 (8,0 %)	0* (0 %)
3.	Бош оғриғи	12 (48,0 %)	4 (16,0 %)	1* (4,0 %)	0 (0 %)
4.	Бурундан қон кетиши	20 (80,0 %)	11 (44,0 %)	9 (36,0 %)	5* (20,0 %)
5.	Бурунда ёт жисм сезгиси	11 (44,0 %)	4 (16,0 %)	1* (4,0 %)	0 (0%)
6.	Умумий интоксикация	25 (100,0 %)	20 (80,0 %)	8* (32,0 %)	5** (20,0%)

*Эслатма:* \*- $p < 0.05$ .

Ўтказилган даво муолажалари якунига кўра, анъанавий даво қабул қилган (таққослаш гуруҳидаги) беморларга нисбатан, полидекса дори воситаси қабул қилган беморларда жароҳат юзасининг бирмунча тез муддатларда битиши кузатилиб, операцион жароҳатни битиши ҳам нисбатан эртароқ юзага келди, бурун орқали нафас олиш яхшиланди, бош оғриқлари камайди. Клиник белгиларга кўра анъанавий даво фонида полидекса дори воситасининг самарадорлиги 1.11-жадвалда келтирилган.

Полидекса дори воситаси билан комбинирланган даво қабул қилган беморларда, даволашнинг 7-кундан сўнг клиник симптоматикада сезиларли ўзгаришлар кузатилди. Хусусан, бурун битиши 9 (36,0 %) нафар беморда, ювиндисимон ва шиллик-йирингли ажралмалар бор-йўғи 4 (16,7%) нафар беморда, бош оғриқлари - 4 (13,3 %) нафар беморда, бурундан қон кетиши - 7

(23,3 %) нафар беморда, ҳид билиш бузилиши - 5 (16,0 %) нафар беморда, умумий интоксикация белгилари - 20 (80,0%) нафар беморда аниқланди. Полидекса дори воситаси билан комбинирланган даво қабул қилган беморларда, даволанишнинг 21 кунига келиб бурун битиши - 2 (18,0%) нафар беморда кузатилди, ювиндисимон ва шиллик-йирингли характердаги ажралмалар, ҳид билиш бузилиши ва бош оғриқлари беморларда бошқа кузатилмади, бурундан қон кетиши эса бор йўғи 5 (20,0%) нафар беморда аниқланди. Бунда умумий интоксикация белгилари 5 (20,0%) нафар беморда қайд этилди (1.11-жадвал). Даволанишга қадар ушбу гуруҳдаги 15 (60,0%) нафар беморда рентгенограммада яллиғланиш жараёнига хос белгилар аниқланган бўлса, даволанишдан сўнг 21-кунга келиб – 1 (4,0%) нафар беморда аниқланди.

Ўтказилган давонинг самарадорлигини баҳолаш учун, биохимиявий текширувлар натижалари ҳам кўриб чиқилди (1.12-жадвал). Анъанавий даво қон плазмасидаги МДА кўрсаткичини 28,0%га камайтирди, айтиш мумкинки полидекса дори воситасини қўллаш ҳам кутилган натижани беради, Асосий А гуруҳ беморларда МДА нинг кўрсаткичи жами бўлиб 39,1 %га камайди, аммо бунда унинг кўрсаткичи назорат гуруҳининг ўртача кўрсаткичидан бироз баландлигича қолди.

### 1.12-жадвал

#### Асосий А гуруҳ беморларда (АД+полидекса) эндоген интоксикация кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Давогача (n=25)	давонинг 7-куни (n=25)	Давонинг 14-куни (n=25)	давонинг 21-куни (n=25)
МДА, мкмоль/л	6,49±1,51	5,61±1,13	4,58±1,18**	3,95±1,14***
КА, мккат/сек·л	0,27±0,06	0,39±0,11*	0,47±0,18**	0,68±0,21***
ЎВМ <sub>254</sub> , ш.б.	0,50±0,06	0,45±0,08	0,38±0,09**	0,31±0,08***
ЎВМ <sub>280</sub> , ш.б	0,43±0,05	0,38±0,06	0,32±0,04**	0,29±0,05***
ОБК, ш.б.	0,84±0,13	0,99±0,10	1,06±0,13**	1,13±0,11**
МДА/КФ, ш.б.	24,0±5,2	14,32±1,71*	10,0±1,58**	5,83±0,89**

*Эслатма:* \*-p<0.05.

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, полидекса дори воситасини қўлланилиши ушбу кўрсаткични 1.51 мартага оширди (P<0,001). Полидекса билан олиб борилган даводан сўнг МДА/КА нисбати 4.11 бароварга камайди (АД билан – 2.41 мартага). Полидекса воситасини қўллаш, плазмадаги ўрта вазнли молекула даражасини анъанавий даводагига нисбатан кўпроқ камайтирди, бу эса Асосий А гуруҳдаги беморлар билан солиштирилганда сезиларли фарқни берди.

Агар анъанавий даводан сўнг ЎММ<sub>54</sub> ва ЎММ<sub>280</sub> концентрацияси мос равишда 13,7% ва 11,1%га камайган бўлса, полидекса қўлланилиши натижасида эса мос равишда - 29,4 % ва 28,8 %га камайди (P<0,05). Шу билан бирга полидекса дори воситаси қўлланилганда, оксил барқарорлик коэффиценти анъанавий даво қўлланилгандаги худди шу қийматга нисбатан 4,39 %га ортди, бу эса оксил парчаланиш жараёнларини секинлашганлигидан

далолат беради. Бундан ташқари, фақатгина анъанавий даво қабул қилган таққослаш гуруҳ беморларга нисбатан, I-гуруҳ беморларда эндоген интоксикация кўрсаткичлари тез муддатларда яхшиланганлиги кузатилди. Бурун бўшлиғидаги ҳосиланинг рецидивланиши ушбу гуруҳда 2 (7,0%) нафар беморда қайд этилди.

### 1.13-жадвал

#### Асосий Б-гуруҳ беморларда (АД+ арпабодиён ёғи экстракти+полидекса) даволанишгача ва даволанишдан кейинги клиник симптоматика

№	Клиник белги	давогача N=28	7-кун N=28 n (%)	14-кун N=28 n (%)	21-кун N=28 n (%)
1.	Бурун орқали нафас олиш қийинлиги	28 (100 %)	8 (28,5 %)	0* (0 %)	0* (0 %)
2.	Бурундан патологик ажралма	18 (64,2 %)	3 (15,0 %)	0* (0%)	0* (0 %)
3.	Бош оғриғи	17 (60,7 %)	3 (10.7 %)	0* (0%)	0* (0 %)
4.	Бурундан қон кетиши	25 (89,2 %)	5 (17,8 %)	0* (0%)	0 <sup>na</sup> (0%)
5.	Бурунда ёт жисм сезгиси	9 (32,1%)	3 (10,7%)	0* (0 %)	0 <sup>na</sup> (0%)
6.	Умумий интоксикация	28 (100,0%)	10 (35,7%)	1* (3,57%)	0* (0%)

*Эслатма:* \*- $p < 0.05$ .

Асосий Б гуруҳ беморларни анъанавий даво фонида арпабодиён эфир мойи билан комплекс даволаш (арпабодиён эфир мойи юқори концентрацияли бўлганлиги сабабли, у ташувчи-мой билан аралаштирилди – ушбу ҳолатда аччиқ бодом ёғи билан) амалга оширилди. Ушбу восита анъанавий даво фонида, кунига 3 маҳалдан - операциядан олдин 1 ҳафта муддатга ва ҳосила жаррохлик йўли билан олиб ташланганидан сўнг эса 2 ҳафта муддатга худди шу дозада тайинланди. Ушбу гуруҳда ҳосила туфайли 17 (65%) нафар бемор маҳаллий оғриқсизлантириш остида, 8 (25%) нафар бемор эса - умумий оғриқсизлантириш остида операция қилинди.

Анъанавий даво фонида арпабодиён мойи экстракти қабул қилган Б гуруҳ беморларда операциядан кейинги давр қониқарли кечди, шунингдек жароҳатни тез битиши, пўстлоқларни кам ҳосил бўлганлиги, бурун бўшлиғининг ўз-ўзидан тозаланиши ҳам бирмунча тез муддатларда юзага келганлиги кузатилди, бу эса, тезроқ соғайишдан ташқари, тикланиш даврини ҳам кам жароҳатли тарзда ўтишини таъминлади (1.13-жадвал).

Бурун бўшлиғининг хавфсиз қон томир ҳосилаларини анъанавий даволаш фонида арпабодиён эфир мойи кўпроқ ЛПО реакцияларини ингибирлади ва қон плазмасидаги эндотоксикоз гидрофил компонентлари концентрасисини назорат кўрсаткичларига қадар камайтирди (1.14-жадвал).

**Асосий Б гуруҳ беморларда (ТЛ+ арпабодиён экстракти+полидекса)  
даволанишгача ва даволанишдан кейинги эндоген интоксикация  
кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлар	Давогача (n=28)	давонинг 7-куни (n=28)	давонинг 14-куни (n=28)	давонинг 21-куни (n=28)
МДА, мкмоль/л	6,54±1,42	5,88±1,78	5,21±1,73*	4,35±1,42***
КА, мккат/сек·л	0,26±0,06	0,36±0,10	0,40±0,13**	0,59±0,16***
ЎВМ <sub>254</sub> , ш.б.	0,59±0,12	0,49±0,09*	0,42±0,10**	0,38±0,11**
ЎВМ <sub>280</sub> , ш.б	0,48±0,08	0,41±0,05	0,36±0,05*	0,30±0,06**
ОБК, ш.б.	0,89±0,18	0,95±0,11	1,01±0,12	1,07±0,12*
МДА/КА, ш.б.	25,1±4,2	16,3±1,69	11,83±1,52*	7,37±0,95**

*Эслатма:* \*-p<0.05.

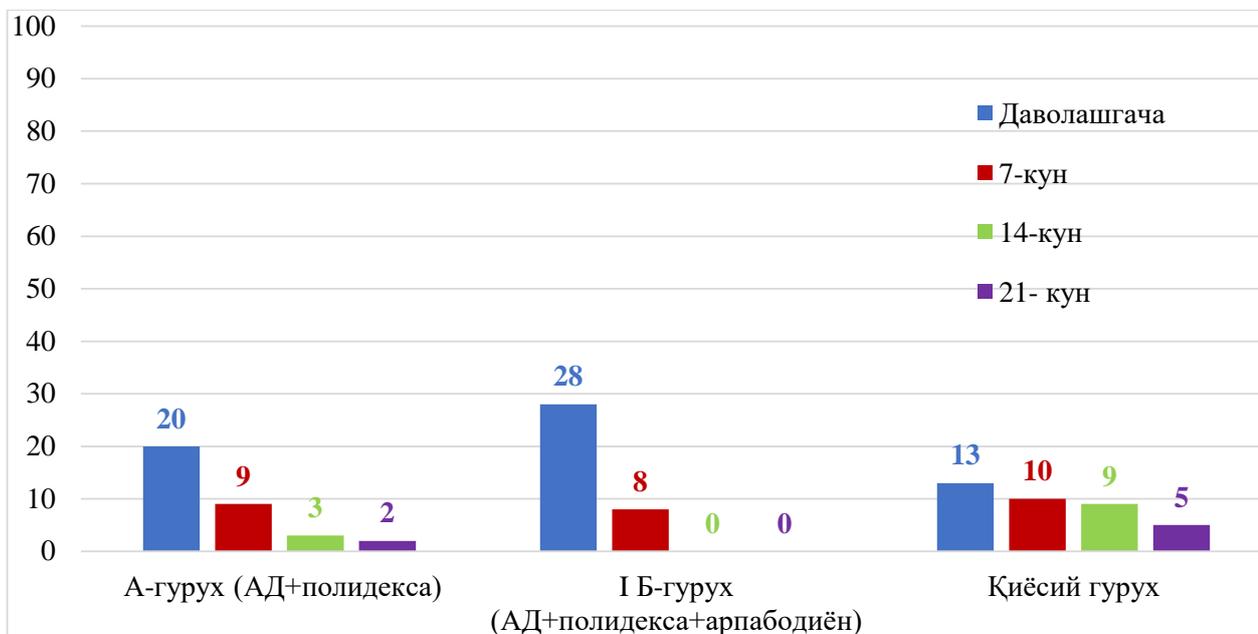
Арпабодиён эфир мойи таъсирида МДА таркибий кўрсаткичи 42,6%га камайди, бунда унинг қиймати полидекса қўлланилгандан кейинги қийматдан унча катта фарқ қилмади (P>0,05) ва стандарт даволаш қийматидан 79,6%ни ташкил этди (P<0,05). Арпабодиён эфир мойини қўллаш фонида плазма каталазаси фаоллиги 60,0 %га ортди, яъни 173,3ни ташкил этди ва полидекса билан олиб борилган анъанавий даводаги қийматга нисбатан 70,8га баландроқ бўлди.

Ушбу воситанинг сезиларли антиоксидант таъсирга эга эканлигини МДА/КА нисбатининг 80,4 %га камайганлида ҳам кўриш мумкин, бу эса анъанавий ва полидекса билан олиб борилган даводан кейинги кўрсаткичдан анча кўпроқ. Арпабодиён мойи экстракти ЎММ<sub>254</sub> ва ЎММ<sub>280</sub> концентрациясини мос равишда 45,0 ва 35,5%га камайтирди. Агар ушбу самарани полидекса қўлланилгандаги билан солиштирилса, унда стандарт давога нисбатан ЎММ<sub>254</sub> ва ЎММ<sub>280</sub> кўрсаткичлари мос равишда 63,6 ва 72,5%га тенг бўлди, ОБК эса 18,2%ни ташкил этди, бу эса уни гуруҳ кўрсаткичларига ишончли даражада яқинлаштирди. Ҳосиланинг рецидивланиши 1 (4%) нафар беморда кузатилди.

Шундай қилиб, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан оғриган беморларни даволашда арпабодиён эфир мойини қўлланилиши, эндоген интоксикация кўрсаткичларини сезиларли даражада назорат кўрсаткичларига яқинлаштирди.

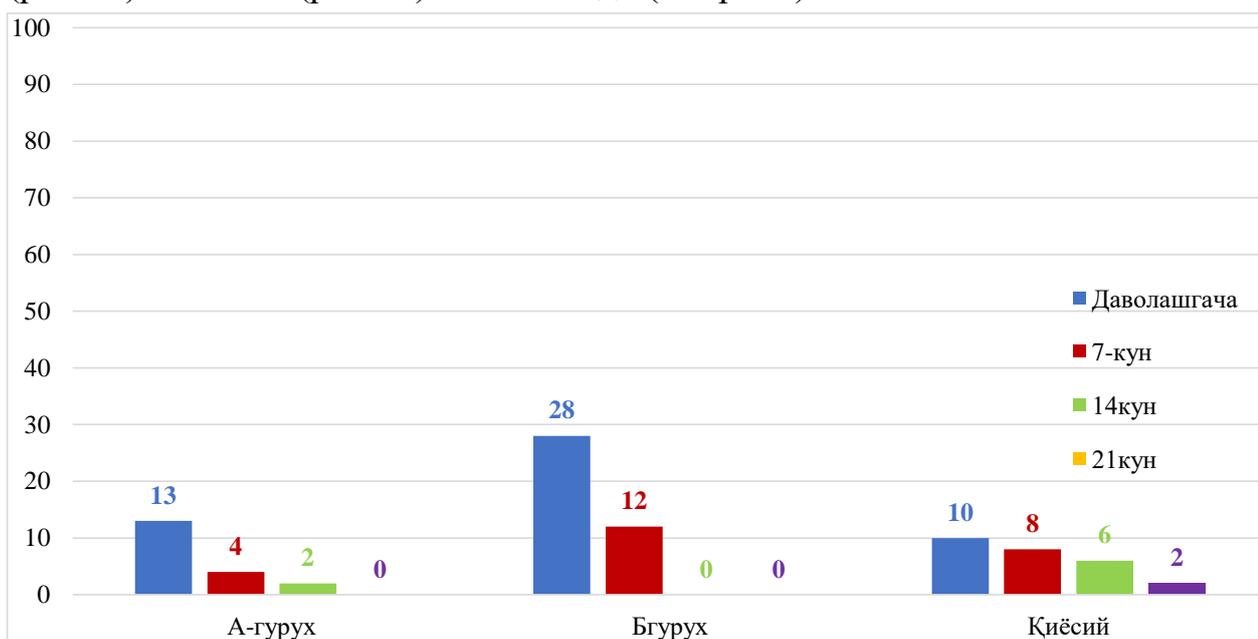
***Клиник кўрсаткичлар қиёсий таҳлили***

Биз тадқиқот гуруҳлари ўртасида даволанишга қадар ва даволанишдан кейин 21 кун давомида, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари бўлган беморларда клиник симптоматика кўрсаткичлари қиёсий таҳлилини ўтказдик. Натижалар таҳлиliga кўра, даволанишга қадар бурун орқали нафас олиш қийинлашуви учраш даражаси бўйича, таққосланаётган гуруҳлар ўртасида фарқланиш кузатилмади (p>0.05) (1.1-расм). Даволанишдан кейин 7-кунга келиб, фақат А-гуруҳ беморларда (АД+полидекса) ушбу кўрсаткичнинг то 60% гача статистик аҳамиятли камайиши кузатилди (p<0.05).



**1.1-расм.** ББХҚТХ билан оғриган беморларда даволанишдан олдин ва кейин бурун орқали нафас олиш қийинлигининг учраш даражаси.

А-гуруҳ ва таққослаш гуруҳида ҳам ушбу симптом учраш даражасининг пасайиши кузатилди, аммо бунда статистик аҳамиятли фарқланишлар қайд этилмади. Даволанишдан кейин 14-кунга келиб, барча гуруҳларда бурун орқали нафас олиш қийинлигини сезиларли камайиши кузатилди. Бунда, ушбу симптом Б-гуруҳ беморларнинг фақат 0% дагина кузатилди ( $p < 0.05$ ). А-гуруҳ ва таққослаш гуруҳида ушбу кўрсаткич мос равишда 32.2% ( $p < 0.05$ ) ва 35.7% ( $p < 0.05$ ) ни ташкил этди. Даволанишдан кейин 21-кунга келиб, барча гуруҳларда ҳам бурун орқали нафас олиш қийинлиги учраш даражасининг сезиларли камайиши кузатилди. А-гуруҳ беморлари орасида ушбу симптом фақатгина бир (8,0%) нафар беморда кузатилди,  $p < 0.01$ ). Б-гуруҳ ва таққослаш гуруҳида, даволашнинг 21-кунига келиб, ушбу кўрсаткич мос равишда 0% ( $p < 0.01$ ) ва 12.1% ( $p < 0.01$ ) ташкил этди (1.1-расм).

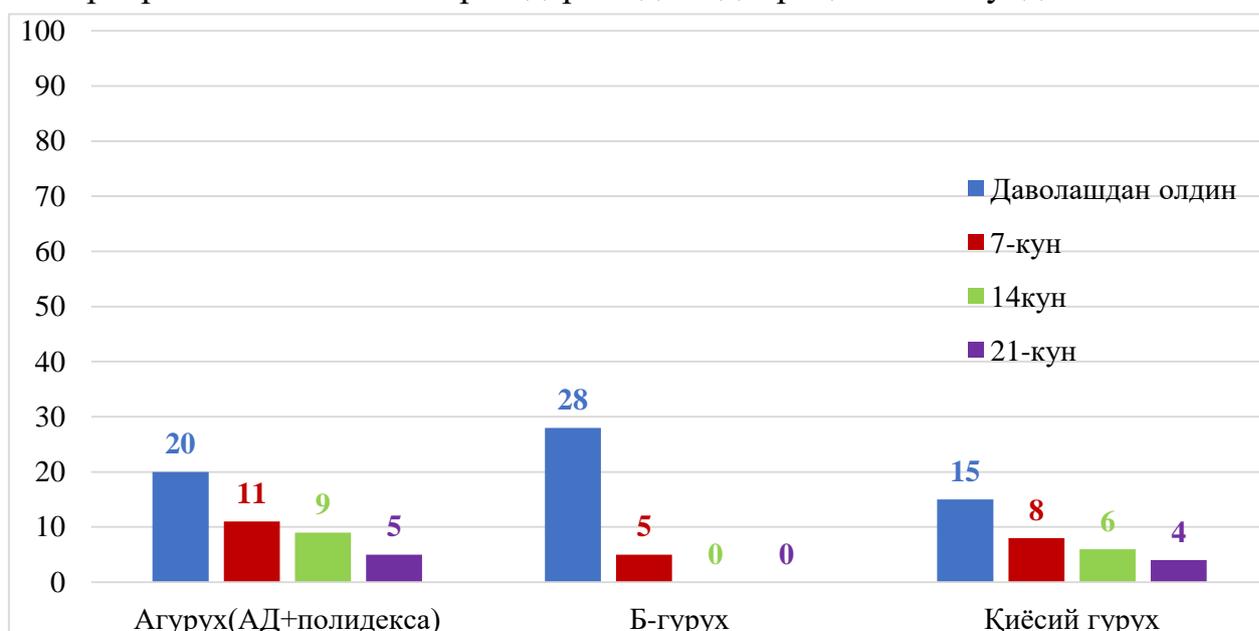


**1.2-расм.** ББХҚТХ билан бўлган беморларда даволанишдан олдин ва кейин бурундан патологик ажралмалар учраш даражаси.

Кейинчалик биз тадқиқот гуруҳлари ўртасида даволанишга қадар ва даволанишдан кейин, бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари бўлган беморларда бурун орқали патологик ажралмалар учраш даражасининг қиёсий таҳлилини ўтказдик (1.2-расм). Даволанишдан кейинги 7-кунга келиб, А ва Б-гуруҳ беморларда ушбу кўрсаткичнинг мос равишда 16.0% ва 42,4%гача статистик аҳамиятли пасайиши кузатилди ( $p<0.05$ ). III-таққослаш гуруҳида ҳам ушбу симптомнинг пасайиши кузатилди, аммо бунда статистик аҳамиятли ўзгаришлар қайд этилмади.

Даволанишдан кейин 14-кунга келиб, барча гуруҳларда бурундан патологик ажралмалар учраш даражасининг сезиларли даражада пасайиши кузатилди. Бунда, ушбу симптом А-гуруҳдаги фақат 8.0% беморларда кузатилиб, бу текширилаётган гуруҳлар ўртасидаги энг яхши кўрсаткични ташкил этди ( $p<0.001$ ). Б-гуруҳда ва таққослаш гуруҳида ушбу кўрсаткич мос равишда 13.3% ( $p<0.01$ ) ва 27.3% ( $p<0.05$ ) ташкил этди. Даволанишдан кейин 21-кунга келиб, барча гуруҳларда патологик ажралмалар учраш даражасининг сезиларли пасайиши кузатилди. Б-гуруҳ беморларда ушбу симптом кузатилмади. А-гуруҳ ва таққослаш гуруҳида, даволашнинг 21-кунига келиб, ушбу кўрсаткич мос равишда 3.3% ( $p<0.001$ ) ва 9.1% ( $p<0.01$ ) ташкил этди (1.2-расм).

Шунингдек биз, тадқиқот гуруҳлари ўртасида бурундан қон кетиши учраш даражасининг қиёсий таҳлилини ўтказдик (1.3-расм). Даволанишдан сўнг 7-кунга келиб, барча текширилаётган гуруҳларда бурундан қон кетишининг мос равишда 23.3%, 30,1% ва 39,4%гача статистик аҳамиятли пасайиши кузатилди ( $p<0.05$ ). Шу билан бирга, Б-гуруҳдаги беморларда бурундан қон кетишининг пасайиш кўрсаткичлари, А ва таққослаш гуруҳдаги беморларга нисбатан сезиларли даражада яққолроқ намоён бўлди.



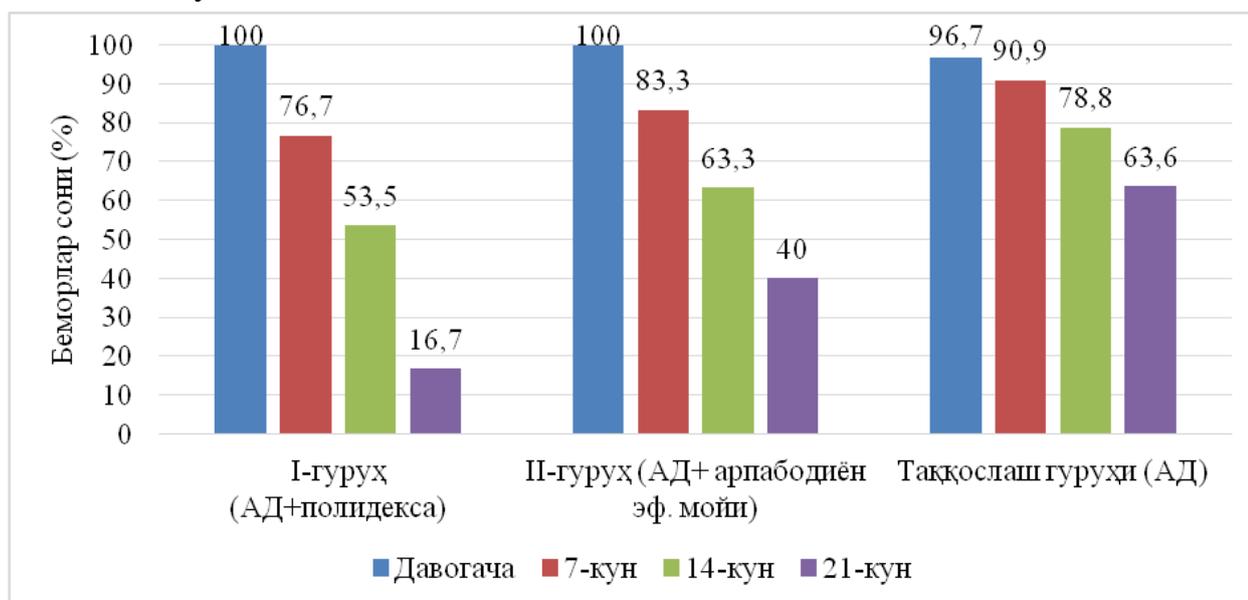
**1.3-расм.** ББҲҚХ билан бўлган беморларда даволанишдан олдин ва кейин бурундан қон кетишининг учраш даражаси

Даволанишдан сўнг 21-кунга келиб, барча гуруҳларда ҳам бурундан қон кетиши учраш даражасининг сезиларли камайиши кузатилди (1.3-расм).

Кейинчалик биз, текширилаётган гуруҳларда ҳид билиш бузилишининг учраш даражаси бўйича қиёсий таҳлил ўтказдик. Даволанишдан сўнг 7-кунга келиб, фақат полидекса воситаси ва арпабодиён билан комбинирланган даво қабул қилган (Б-гуруҳ) беморларда, ушбу кўрсаткичнинг 17.8%гача ( $p < 0.05$ ) статистик аҳамиятли камайиши кузатилди. А ва таққослаш гуруҳларда ҳам ушбу симптомнинг камайиши кузатилди, аммо бунда даволанишгача бўлган кўрсаткичлар билан таққосланганда, статистик аҳамиятли ўзгаришлар қайд этилмади. Даволанишдан сўнг 14-кунга келиб, иккинчи гуруҳда ҳам ҳид билиш бузилиши учраш даражасининг сезиларли камайиши кузатилди ( $p < 0.05$ ). Бунда, ушбу белги III –гуруҳдаги фақатгина 24.2% беморларда кузатилди ( $p > 0.05$ ) ва даволанишга қадар бўлган кўрсаткичлар билан таққосланганда статистик аҳамиятли фарқланиш кузатилмади. Даволанишдан сўнг 21-кунга келиб, барча гуруҳларда ҳам ҳид билиш бузилишининг сезиларли камайиши кузатилди. I –гуруҳда ушбу симптом қайта кузатилмади. II-гуруҳ ва таққослаш гуруҳида, даволанишнинг 21-кунига келиб, ушбу кўрсаткич мос равишда 6.6% дан ( $p < 0.01$ ) иборат бўлди (4.5-расм).

Бурун бўшлиғи хавфсиз ҳосилалари билан бўлган беморларда кузатиладиган умумий интоксикация белгилари, бизнинг текширувларимизда муҳим омил бўлди.

Даволанишдан сўнг 7-кунга келиб, текширилаётган гуруҳларда ушбу кўрсаткичнинг статистик аҳамиятли пасайиши кузатилмади ( $p > 0.05$ ). Аммо шу билан бирга, беморларда умумий интоксикация белгиларининг сезиларли даражада пасайиши I-гуруҳда кузатилди – 76,7%. Даволанишдан сўнг 14-кунга келиб, фақат I ва II-гуруҳ беморларда умумий интоксикация белгиларининг мос равишда – 53,5% ( $p < 0.01$ ) ва 63,3% га ( $p < 0.05$ ) статистик аҳамиятли пасайиши кузатилди.



**1.4-расм.** ББҲҚТХ билан бўлган беморларда даволанишдан олдин ва кейин эндоген интоксикация учраш даражаси

Бунда, ушбу белги III-гуруҳнинг 78.8% беморларида кузатилди ( $p > 0.05$ ). даволанишдан сўнг 21-кунга келиб, барча гуруҳларда ҳам умумий

интоксикация белгиларининг сезиларли пасайиши кузатилди ( $p < 0.05$ ). Ушбу симптом, I-гурунинг фақатгина 16,7% беморларида, II-гуруҳда эса 40,0% ва таққослаш гуруҳининг 63,6% беморларида кузатилди. Даволанишнинг 21 кун давомида умумий интоксикация ҳолатларининг энг сезиларли пасайиши I ва II-гуруҳ беморларда кузатилди (1.4-расм). Шундай қилиб, ЛПО жараёнлари билан боғлиқ бўлган эндоген интоксикациянинг лаборатор кўрсаткичлари, текширилаётган гуруҳ беморларида улар қабул қилаётган даво муолажаларига кўра сезиларли фарқ қилди.

Анъанавий ва полидекса билан олиб бориладиган комбинирланган давога нисбатан, арпабодиён экстракти дори воситаси билан олиб бориладиган комбинирланган даво эндоген интоксикациянинг клиник ва лаборатор кўрсаткичларини тикланишида бирмунча яққол самара кўрсатди.

Операциядан кейинги даврда полидекса дори воситаси ва шунингдек арпабодиён экстракти билан бирга олиб бориладиган комбинирланган даво муолажалари, анъанавий даволашдан кўра эндоген интоксикациянинг клиник ва лаборатор кўрсаткичларини сезиларли тезроқ яхшиланишига олиб келади.

### 1.15-жадвал

#### Назорат гуруҳ беморларнинг иммунологик ажралмасидаги IgA, IgE нинг қиёсий кўрсаткичлари

кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи	Операсиягача	10 кун	1 ой
IgA	34±5*	24,3±2,6*	29,7±2,7*	35,1±3,5*
IgE	0,07±0,02	0,3±0,05	0,2±0,05	0,1±0,05

*Еслатма*-(Хи-квадрат мезони ( $p < 0,005$ )\*гуруҳлар ўртасида статистик аҳамиятли фарқланиш аниқланди.

Жадвал маълумотларига кўра, норма билан солиштирилганда статистик аҳамиятли ўзгаришлар аниқланди. Аммо асосий гуруҳдаги беморларда 10 кун давомида фенилефринли Полидекса воситаси, ва арпабодиён ёғи воситаси билан комплекс даво ўтказилганда, операциядан кейинги 1 ой давомида нормага яқинроқ натижалар олинди.

## ХУЛОСА

**“Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини диагностикаси ва даволаш усуллари тақомиллаштириш”** диссертацияси давомида олинган натижалар асосида қуйидаги хулосалар шакллантирилди.

1. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилалари билан бўлган беморларда каталаза фаоллигининг 67,8%гача пасайиши фонида МДАнинг 86,4%гача ишончли даражада ортиши, ЎММ 254ни 130,4%гача ва ЎММ 280ни 58,6 %гача тўпланиши кузатилди, шу билан бирга ОБК 75,4%гача пасайди, МДА/КА нисбати эса 6.14 баробарга ортди. Юқорида келтириб ўтилганлардан, қон томир ҳосилалари диагностикасида қўшимча мезонлар сифатида фойдаланиш мумкин.

2. Сўрилиш функциясининг ўртача курсаткичлари 6.5+-2 уд.мин.га, транспорт функцияси эса 18.6+-0.4 мин.га ортди, бурун шиллик кавати гуморал иммунитетини ҳолати пасайди - IgA 19.4+-2.6 мг/л курсаткичга эга бўлди. Ўтказилган тақомиллаштирилган даводан сўнг гуморал иммунитет курсаткичлари ва бурун шиллик кавати химоя функцияларининг тўлиқ нормаллашуви кузатилди.

3. Бурун бўшлиғи хавфсиз қон томир ҳосилаларини даволашда полидекса дори воситаси ва арпабодиён эфир мойини қўлланилишига асосланган. Полидекса дори воситаси ва арпабодиён эфир мойини анъанавий даво билан комбинатсияда қўлланилишининг эндотоксикозга ижобий таъсири аниқланди, бу каталаза фаоллиги ва ОБК ортиши, шунингдек МДА ва ЎММ қийматларини назорат курсаткичларига пасайиши билан намоён бўлади.

4. Қасаллик рецидивланишини олдини олиш буйича ишлаб чиқилган тақомиллаштирилган даво, қасаллик рецидивлари юзага келишини камайтирди, шунингдек оператив аралашувдан кейинги эрта муддатларда жароҳатни тезда битиши ва бурун шиллик каватининг химоя функциясини тикланишига имкон берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ САМАРКАНДСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**НЕЪМАТОВ УКТАМ СУЮНОВИЧ**

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ  
ПОЛОСТИ НОСА**

**14.00.04 – Оториноларингология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Самарканд – 2023**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №B2020.4.PhD/Tib1490

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.sammi.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

**Научный руководитель:** **Лутфуллаев Гайрат Умриллаевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:** **Насыров Вадим Алиярович**  
доктор медицинских наук, профессор  
**Насретдинова Махзуна Тахсиновна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **Таджикский Государственный Медицинский Университет имени Абуали Ибн Сина**

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании научного совета DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 при Самаркандском государственном медицинском университете (Адрес: 140100, Самарканд, ул. Амир Темура, 18. Тел./факс: (+99866) 233–30–34; e-mail: ilmiyprorektori@sammi.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Самаркандского государственного медицинского университета (зарегистрирована за №\_\_\_). Адрес: 140100, Самарканд, ул. Амир Темура, 18. Тел./факс: (+99866) 233–30–34.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года.  
(Реестр протокола рассылки №\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года).

**Ж.А. Ризаев**  
председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Г.У. Самиева**  
ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**М.Т. Насретдинова**  
председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В последние годы, среди всех заболеваний сосудистые опухоли составляют до 1-7% от всех доброкачественных новообразований человека. От 60 до 80% этих опухолей локализируются в области головы. Несмотря на то, что полость носа считается необычным местоположением для гемангиом, удельный вес ее в структуре всех новообразований составляет 2—3%, а среди доброкачественных — 7%. Гемангиома встречается во всех возрастных группах, выделяют несколько пиков: дети и подростки, женщины репродуктивного возраста, а затем отмечается равномерное распределение в группе старше 40 лет. Гемангиомы могут поражать почти все органы и ткани организма, но самым частым исходным пунктом ангиоматозного роста являются кожа, подкожная клетчатка, слизистая оболочка полости рта и носа

В мире много научных исследований посвященных вопросам развития заболеваний, в частности Рудольф Вирхов был одним из первооткрывателей, занимавшихся вопросом о природе гемангиом. В 1863 году Вирхов предложил фиссуральную теорию, согласно которой возникновение гемангиом в определенных местах вокруг отверстий лица и передней части шеи было связано с аномалиями эмбрионального развития. Эта теория предполагала, что эти сосудистые новообразования являются результатом аномальных процессов развития, а не истинными опухолями. По мнению некоторых ученых, опухолевая природа гемангиом определяется выраженной пролиферацией эндотелиальных клеток, что отличает их от других сосудистых патологий. Эта точка зрения подчеркивает, что гемангиомы демонстрируют характерный паттерн аномального клеточного роста, что указывает на их классификацию как истинных опухолей, а не аномальных вариаций развития сосудистой системы. Консенсус авторов подчеркивает значение пролиферации эндотелиальных клеток как определяющего признака гемангиом, способствующего более глубокому пониманию их патогенеза и отличающего их от других сосудистых аномалий.

В нашей стране выполняются широкомасштабные мероприятия по развитию системы здравоохранения, в частности, по уменьшению лор заболеваний и их осложнений, а также по оказанию квалифицированной медицинской помощи больным с данной патологией. Существуют доказательства того, что эти компоненты присутствуют с самых ранних фаз внутриутробного генеза. Примечательно, что микроскопическое исследование гемангиом выявляет наличие пролиферации эндотелиальных клеток, что является отличительным фактором от сосудистых мальформаций, характеризующихся уплощенным эндотелием. Кроме того, многие авторы зафиксировали высокую митотическую активность опухолевых клеток, что служит дополнительным доказательством опухолеподобной природы гемангиом. Более того, наблюдаемый феномен спонтанной регрессии соответствует поведению, обычно наблюдаемому в опухолях.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» №УП-4947 от 7 февраля 2017 года, постановлениями Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения» и №ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», Распоряжение Президента Республики Узбекистан “Об организации критического изучения и подготовки предложений по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения” № 5274 от 10 мая 2018 года, а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики – VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** На данный момент, достаточно большое количество исследовательских работ посвящены проблеме доброкачественных сосудистых образований полости носа (ДСОПН). Этиология доброкачественных сосудистых новообразований носа, в частности гемангиом, в настоящее время не является предметом споров. По мнению George A. (2014), гемангиомы считаются сосудистыми новообразованиями, а не ангиодисплазиями. Согласно его теории, гемангиомы являются истинными опухолями, возникающими в результате пролиферации ангиогенных элементов, таких как ангиобласты и недифференцированные компоненты сосудистой стенки, которые сохраняются с ранних стадий эмбрионального развития. Этот самоиндуцирующий и самоподдерживающийся процесс включает взаимодействие клеток гемангиомы, что приводит к интенсивному образованию микрососудов.

Среди доброкачественных новообразований ЛОР-органов (уха, носа и горла) сосудистые опухоли занимают первое место по частоте. По данным Kim J.H. (2015), наиболее часто поражается слизистая оболочка носа, что составляет около 74% случаев, в то время как глотка поражается реже - около 17%. Кроме того, Лутфуллаев У.Л. (2015) сообщает, что нос поражается в 18% случаев, а глотка - в 8% случаев. Эти данные подчеркивают преобладание гемангиом в области носа, особенно слизистой оболочки носа, как наиболее распространенной локализацией доброкачественных сосудистых новообразований в ЛОР-органах. Понимание этиологии и распространения этих новообразований имеет решающее значение для точной диагностики и соответствующих стратегий лечения.

Гемангиомы полости носа, выявляются при осмотре больных, а некоторых случаях, достигшие определенных размеров опухоли, обнаруживаются самими пациентами. Первыми и ведущими симптомами у больных с гемангиомами полости носа являются затруднение носового дыхания что отмечается в большинстве случаев доброкачественных

новообразований полости носа. Так не менее часто у больных с ДСОПН наблюдаются носовые кровотечения которые являются периодическими и почти всегда односторонними. Кроме это большинство пациентов жалуются на чувство чувство инородного тела в полости носа. Не менее важно также установить у пациентов наличие патологий обоняния и головной боли. По данным Nepal A. и соавт., (2013) На более поздних стадиях опухоли присоединяются спонтанные кровотечения, гнусавость, при выполнении эндоназальной биопсии часты геморрагии.

Оценка уровня эндогенной интоксикации служит важнейшим критерием для определения тяжести состояния пациентов с сосудистыми опухолями. Оценка уровня эндогенной интоксикации и мониторинг ее изменений играют решающую роль в лечении сосудистых опухолей у ЛОР-пациентов. Однако оценка наличия и степени интоксикации при ЛОР-патологии может быть сложной из-за локализованного характера патологического очага, имеющего прямые связи с внешней средой и пищеварительным трактом.

Все вышеперечисленное, определяет приоритетность и актуальность данного исследования.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Работа над диссертацией выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета, проводимых в рамках проекта № 012000260 по теме "Разработка передовых технологий профилактики, диагностики и лечения инфекционных и социально значимых неинфекционных заболеваний" (2018-2021 гг.).

**Цель исследования** усовершенствовать диагностику и оценить эффективность комплексного лечения больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа.

**Задачи исследования:**

оценить состояние показателей эндогенной интоксикации у больных с гемангиомами полости носа до и после хирургического лечения;

оценить показатели защитной функции слизистой оболочки носа, гуморального иммунитета в назальном секрете до и после хирургических вмешательств;

оценить эффективность комплексного применения препарата полидекса и масла аниса после хирургического лечения.

разработать предложения по предупреждению рецидива заболевания у пациентов с доброкачественными опухолями полости носа.

**Объект исследования.** В основу настоящего исследования, проводившегося 2014 по 2021 гг. в отделении оториноларингологии 1-клиники СамГМУ, положены клинические наблюдения 73 пациентов с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа в возрасте от 18 до 72 лет.

**Предметом исследования** послужили носовая полость, околоносовые пазухи и носоглотка.

**Методы исследования.** Исследование включало общеклинические методы, эндоскопический обследования ЛОР органов, биохимические, иммунологические, гистологические и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

впервые выявлены ранние клинические признаки доброкачественных сосудистых образований полости носа с учетом детального гистологического строения и изменения биохимических показателей в организме;

выявлено диагностическое значение показателей эндотоксикоза, обусловленного накоплением МДА и МСМ в плазме крови больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа, повышением соотношения МДА/КА, а также снижением активности каталазы и коэффициента устойчивости белка.

проанализировано положительное антиоксидантное действие эфирного масла аниса натурального на состояние клинических показателей и показателей эндотоксикоза;

впервые с целью уменьшения кровотечения и снижения частоты рецидивов у больных с доброкачественными сосудистыми образованиями в полости носа научно доказана эффективность местного сочетанного применения Полидексы и эфирного масла аниса.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

Необходимо у больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа определять показатели эндогенной интоксикации (МДА, КА, МСМ) и рассчитывать соотношения МДА/КА, а также КУБ.

В лечении больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа на фоне традиционного лечения, целесообразно применять препарат полидекса по одному впрыскиванию в каждую ноздри 3 раза в сутки в течение 10 дней после хирургического удаления новообразования.

В лечении больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа на фоне традиционного лечения, эндоназально 3 раза по 3 капли в сутки за 1 неделю до и после хирургического удаления новообразования в течение 2 недель в этой же дозировке следует назначать эфирное масло аниса.

**Достоверность результатов исследования** Теоретические подходы и методы, использованные в исследовании, методологическая правильность проведенных исследований, отбор достаточного количества пациентов, современность используемых методов, один из которых дополняет другой клиничко-лабораторный, на основании того, что меры, направленные на улучшение ранней диагностики и лечения больных с безопасными сосудистыми признаками заложенности носа, основываются на том, что специфичность мер сопоставляется с международным и отечественным опытом, заключение, полученные результаты подтверждаются компетентными структурами.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Практическая значимость исследования объясняется тем, что выявление ранних клинических проявлений и определение биохимических показателей эндогенной интоксикации у больных с доброкачественными сосудистыми

образованиями полости носа, позволяет своевременно выявлять и лечить заболевание, повысить качество медицинской помощи. Комплексная терапия рекомендована к использованию в практическое здравоохранение для лечения больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа.

Разработаны показания к применению препарата полидекса и эфирного масла анис в комплексном лечении больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа, основные результаты исследования, сосредоточенные на диагностике и лечении сосудистых опухолей, могут быть применены в ЛОР-клиниках и отделениях, расположенных в городских, региональных и медицинских центрах. Кроме того, эти результаты применимы в учебных программах, направленных на повышение квалификации оториноларингологов.

**Внедрение результатов исследований.** По результатам исследования оценены совершенствованные методы диагностики и лечения, проведенные у больных с доброкачественными образованиями полости носа:

утверждена методическая рекомендация по новым подходам к диагностике доброкачественных образований полости носа «Диагностика гемангиом полости носа» (утверждена в Министерстве здравоохранения №8п-р/600 от 09.06.2022г.). Данная методическая рекомендация дает возможность диагностики доброкачественных образований полости носа;

утверждена методическая рекомендация «Лечение гемангиом полости носа» (утверждено в Министерстве здравоохранения №8п-р/1036 от 27.09.2022г.). Данная методическая рекомендация позволяет эффективно лечить больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа;

результаты научных исследований клинично-лабораторных и инструментальных особенностей пациентов с ДСОПН внедрены в практику Навоинского областного многопрофильного медицинского центра, Ургутского районного медицинского объединения а также в многопрофильной клинике СамГМУ (Справка Минздрава № 8п-р/415 от 10 августа 2022 г.). Внедрение результатов исследования позволило оптимизировать диагностику больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа, сократить пребывание пациентов в стационаре, а также улучшить качество жизни пациентов.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 2х международных и 2х республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них: 11 журнальных статей, в том числе 5 в республиканских и 6 в зарубежном журнале, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 110 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обосновывается актуальность и требования к проведенному исследованию, цель и задачи, характеристика предмета и объекта исследования; обосновано соответствие диссертации приоритетным направлениям развития науки и технологий в Республике, охарактеризована научная новизна и практическая значимость результатов данной работы, приведены сведения о внедрении в практику полученных результатов исследования, а также о публикации результатов научной работы и данные о структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Обзор литературы»** подробно приведены результаты исследований по данной теме, а также развернут анализ зарубежной и отечественной литературы. Приведены современные аспекты этиологии доброкачественных образований полости носа, по результатам исследования был проведен анализ данных по диагностике и лечению заболевания. Несмотря на большое количество исследований, посвященных проблеме доброкачественных образований полости носа, в ее диагностике и лечении остается еще много неясного. Отсутствует обоснованная тактика диагностики, профилактики и комплексного лечения доброкачественных образований полости носа.

В настоящее время идет интенсивный поиск методов ранней диагностики заболевания, а также методов комплексного лечения. В этой связи заслуживают внимания изучение особенностей эндогенной интоксикации у пациентов данного заболевания.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** дана общая характеристика клинического материала, подробно описаны лабораторные и статистические методы исследования. Основу научно-исследовательской работы составили результаты обследования и комплексного лечения 73 пациентов с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа, которые обратились в отделение оториноларингологии 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2014 по 2021 г., а также 20 практически здоровых людей.

Основную группу данного исследования составило 73 больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа (ДСОПН).

В зависимости от способа лечения больные с ДСОПН были разделены на 3 группы:

Группа сравнения получившие ТЛ (20 больных);

Основная подгруппа А – получившие препарат полидекса на фоне ТЛ (25 больных);

подгруппа Б– получившие полидекса и эфирное масло аниса на фоне ТЛ (28 больных).

ТЛ группа включало: хирургическое удаление новообразования,

Эндоскопические методы состояли из наружного осмотра, пальпации проекции ЛОР органов, отоскопии, передней и задней риноскопии, орофарингоскопии, непрямой ларингоскопии, фиброэндоскопии полости носа и носоглотки с фиброскопом BF3C3 фирмы "Olimpus". Осмотр полости носа дополнялся ее зондированием, которая давало получить ценные сведения о

размере и консистенции опухоли, взаимоотношении ее с окружающими тканями.

Функциональные методы исследования включали оценку:

- дыхательной функции и степень нарушения проходимости носа с помощью метода В.И. Воячека и ринопневмометрии с использованием ринопневмометра Л.Б. Дайняк и Н.С.Мельникова

Лабораторные исследования состояли из общего анализа крови и мочи, коагулограммы, определения уровня глюкозы, АЛТ, АСТ, общего билирубина в крови.осмотр терапевта и анестезиолога.

Статистическая обработка полученных результатов, проведена с помощью современного статистического программного обеспечения R studio версии 3.6.2 для операционной системы Windows 10 с уровнем значимости достоверности  $p < 0,05$ .

Третья глава диссертации «**Клиническая характеристика доброкачественных сосудистых образований полости носа**» состоит из трех подглав, в первой из которых даются клинические проявления доброкачественных сосудистых образований полости носа. Во второй подглаве приведены сведения о клинике и диагностике доброкачественных опухолей полости носа, в третьей подглаве обсуждены показатели эндогенной интоксикации и их диагностическое значение.

**Таблица 1.1.**

**Клинические проявления исследуемых заболеваний со стороны полости носа**

Признак	Общая группа N=73 n(%)	Подгруппа А N=25 n(%)	Подгруппа Б N=28 n(%)	Группа сравнения N=20 n(%)
<b>Проявления со стороны носа</b>				
Кровотечение из носа:				
- передний	53 (72,6%)	16 (64,5%)	19 (67,8%)	13 (65,0%)
- задний	7 (9,6%)	3 (12,5%)*	3 (10,7%)	2 (10,0%)*
- их комбинация	13 (17,8%)	6 (24,0%)	6 (21,4%)	5(25,0%)
- одностороннее	73 (100%)	25 (100%)	28 (100%)	20 (100%)*
Нарушение носового дыхания:				
- одностороннее	63 (90,0 %)	22 (88,0 %)	25 (89,3 %)	17 (85,0 %)
- двустороннее	7 (10,0 %)	3 (12,0%)	3 (10,7 %)*	3 (15,0 %)
Выделения из носа:				
- гнойные	15 (20,5 %)	3 (12,0 %)	3 (10,7 %)	1 (5,0 %)*
-сукровичные	17 (23,3 %)	2 (8,0 %)	6 (21,4 %)	3 (15,0 %)
- передний	12 (16,4 %)	7 (28,0 %)	5 (17,8 %)	8 (40,0 %)
- задний	7 (9,6 %)	1 (4,0 %)	2 (7,14 %)	1(5,0 %)
- одностороннее	19 (26,0 %)*	11 (44,0 %)*	11 (39,3%)	6 (30,0%)
- двустороннее	3 (4,1 %)	1 (4,0%)	1 (3,6 %)	1(5,0 %)
Закрытая гнусавость	6 (8,2 %)	2 (6,7 %)	1 (3,3 %)	3 (9,1 %)
Нарушение обоняния				
- одностороннее	27 (61,4%)	9 (64,3%)	8 (57,1 %)	10 (62,5 %)
- двустороннее	17 (38,6 %)	5 (35,7%)	6 (42,9 %)	6 (37,5 %)

**Примечание:** \*- $p < 0.05$ .

Среди клинических проявлений ДСОПН наиболее ранним и частым было кровотечение из носа у 58 больных (79,6 %), которое во всех случаях было односторонним и совпадало со стороной расположения ДСОПН. Чаше наблюдали кровотечение снаружи (63,4 %), реже в носоглотку (14,0%). Комбинация двух вариантов имело место 20,4% случаях (табл 1.1). Второе место по частоте занимают нарушение носового дыхания – у 61 больных (75,3%). У всех больных имело место затруднение дыхания в стороне расположения опухоли и лишь в 10,1 % случае имело место также проявление данного симптома в противоположной стороне полости носа. По данным ринопневмометрии на стороне поражения I степень нарушения носового дыхания выявлена у 18,3 %, II степень – у 34,4 %, III степень – у 49,5% больных. Во второй половине носа I степень нарушения носового дыхания выявлена 8,6 %, II степень – у 12,9 % III степень – у 15,1 % больных.

Помимо клинических проявлений со стороны носа, наблюдаются симптомы заболевания со стороны соседних органов. Эти симптомы обычно вызваны растущей опухолью носа, которая блокирует естественные отверстия околоносовых пазух и, в некоторых случаях, отверстия хоаны и евстахиевых труб. Нарушается нормальная аэрация носовой полости и лимфатический поток. Это приводит к застою слизи и носовых выделений и нарушениям в работе уха. Большинство проблем с носовым дыханием на начальной стадии являются односторонними. Затем, по мере роста опухоли, они могут стать двусторонними (табл. 1.2).

**Таблица 1.2.**

**Клинические проявления исследуемых заболеваний со стороны смежных органов**

Признак	Общая группа N=73 n(%)	A-группа N=25 n(%)	Б-группа N=28 n(%)	Группа сравнения N=20 n(%)
Нарушение слуха: - одностороннее - двухстороннее	19 (20.4 %) 9 (9.7 %)	5 (16.7 %) 3 (10.0%)	6 (20.0 %) 3 (10.0 %)	8 (24.2 %) 3 (9.1 %)
Шум в ухе: - одностороннее - двухстороннее	12 (12.9%) 7 (7.5%)	3 (10.0 %) 3 (10.0%)	4 (13.3 %) 2 (6.7 %)	5 (15.2 %) 2 (6.1 %)
Заложенность в ухе: - одностороннее - двухстороннее	10 (10.8%) 4 (4.3 %)	3 (10.0%) 1 (3.3%)	3 (10.0%) 1 (3.3%)	4 (12.1%) 2 (6.1%)
Головная боль	38 (52.0 %)	12 (48.0 %)	13 (46.4 %)	13 (65.0 %)
Боль в проекции околоносовых пазух: - одностороннее - двухстороннее	19 (20.4 %) 14 (15.1 %) 5 (5.4%)	6 (20.0 %) 4 (13.3 %) 2 (6.7 %)	6 (20.0 %) 5 (16.7 %) 1 (3.3 %)	7 (21.2 %) 5 (15.2 %) 2 (6.1 %)
Боль в проекции глазницы: - одностороннее - двухстороннее	9 (9.7 %) 5 (5.4 %) 4 (4.3 %)	3 (10.0 %) 2 (6.7 %) 1 (3.3 %)	3 (10.0 %) 2 (6.7 %) 1 (3.3 %)	3 (9.1 %) 1 (3.0 %) 2 (6.1 %)
Боль в горле	5 (5.4 %)	2 (6.7 %)	2 (6.7 %)	1 (3.0 %)

*Примечание: \*-p<0.05,*

Задняя риноскопия показала гипертрофию задних концов носовых костей у 18 (24,6%) человек, а также непроходимость хоаны (8,6%) и боковой стенки носоглоточного свода с глоточным остием у 5 (6,8%) пациентов. У 17 (23,2%) человек секреты скапливались в своде носоглотки и стекали по задней стенке глотки.

У всех 93 человек была проведена рентгенография носа и околоносовых пазух. На рентгеновском снимке у 71 (97,8%) пациентов отмечалось снижение пневматизации околоносовых пазух и наличие патологического субстрата. Назальная эндоскопия была проведена всем пациентам с ДСОПН, 73 (100%) до и после терапии. МСКТ была проведена 72 (98,6%) пациентам с ДСОПН, а МРТ головного мозга- 46 (63,0%). Диагноз был верифицирован во всех случаях с помощью МСКТ и МРТ (табл. 1.3). Из данных таблицы можно констатировать, что, эндоскопия полости носа, МСКТ и МРТ являются наиболее информативными методами в диагностике гемангиом полости носа.

Во время фиброэндоскопии в носовых полостях пациентов, пораженных опухолью, наблюдались различные заметные изменения. Эти изменения включали опухоль с плоской или крупночешуйчатой поверхностью, как указано в таблице 1.4. Важно отметить, что фиброэндоскопическое исследование обеспечило детальный обзор области опухоли в полости носа, что позволило провести комплексную оценку. Среди пациентов у 51 человека (69,8%) опухоли полностью заполняли просвет носа. В 15 случаях (20,5%) опухоль располагалась преимущественно в куполе и боковой стенке, с частичным распространением на заднюю стенку. Нужно также отметить что были выявлены клинические случаи (9,5%) при которых увеличение размеров опухоли способствовали распространению границ опухоли к задней поверхности носовой полости.

**Таблица 1.4**

**Результаты эндоскопического исследования при доброкачественных опухолях носа**

Характер опухолевых изменений	Абсолютное число N=73 n(%)	I-группа N=25 n(%)	II-группа N=28 n(%)	Группа сравнения N=20 n(%)
<b>Гемангиома</b>	26 (35,6%)	8 (32,0%)	10 (35,7%)	8(40,0%)
Крупнобугристая поверхность	15 (20,5%)	5 (20,0%)	6 (21,4%)	5(25,0%)
Ровная поверхность	11 (11,1%)	3 (12,0%)	4 (14,3%)	3 (15,0%)
<b>Кровоточащий полип</b>	47 (58,1%)	17 (68,0%)	18 (64,3%)	12 (60,0%)
Ровная поверхность	18 (19,4%)	6(32,0%)	8(28,3%)	6 (35,0%)
Бугристая поверхность	36 (38,7%)	19 (38,0%)	12 (35,7%)	13 (39,4%)

*Примечание: \*- $p < 0.05$ , \*\*-  $p < 0.01$ , \*\*\*-  $p < 0.001$ . В сравниваемых группах статистически значимых отличий не установлено.*

У 73 из 70 пациентов результаты МСКТ полностью совпали с результатами фиброэндоскопии полости носа, хирургического заключения и гистологического исследования, что указывает на диагностическую точность

метода - 97,2%. У 45 из 46 пациентов данные МРТ полностью совпали с результатами фиброэндоскопии полости носа, хирургических заключений и гистологического исследования; в одном случае был установлен иной диагноз при котором диагностическая точность метода составила - 97,8% что является высоким показателем. Разногласия в диагнозе КТ и МРТ было связано с неспособностью отличить опухолевую ткань от гиперплазии носоглоточной миндалины.

Мы считаем, что использование в диагностике доброкачественных опухолей полости носа и дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей этой области не одного, а нескольких методов повышает информативность каждого из них в отдельности и всех в целом.

Комплексный подход к обследованию пациента позволяет получить жизненно важную информацию о локализации, размере, конфигурации и характере опухолей носа, что дает возможность точно спланировать лечение и выбрать оптимальное хирургическое вмешательство. К распространенным ранним ЛОР-симптомам, связанным с опухолями носа, относятся дискомфорт в носу, затрудненное дыхание и частые носовые кровотечения. Если эти симптомы сохраняются, несмотря на начальное лечение, необходимо тщательное и специфическое обследование для выявления основной причины.

Как правило, опухоли носа диагностируются примерно через  $4,1 \pm 1,6$  месяца после появления первых симптомов, что приводит к госпитализации. В случаях, когда передняя риноскопия не выявляет никаких отклонений, но симптомы сохраняются, рекомендуется провести заднюю риноскопию и пальцевое исследование. Наличие асимметрии и кровотечения при пальцевом исследовании может указывать на наличие доброкачественной опухоли.

Фиброэндоскопия считается наиболее эффективным методом выявления доброкачественных новообразований носа на ранних стадиях и точного определения места их возникновения. Ее передовые возможности визуализации позволяют точно определить и локализовать опухоли в полости носа.

Когда речь идет о радиологических исследованиях, мультиспиральная компьютерная томография (КТ) имеет значительные преимущества перед традиционными методами. Она дает подробную информацию об экзофитном и эндофитном компонентах опухоли, а также о ее распространении в окружающие ткани и основание черепа. Кроме того, мультиспиральная КТ помогает дифференцировать злокачественные опухоли и доброкачественные процессы в области носа, что позволяет принимать соответствующие решения о лечении.

### ***Клиника и диагностика доброкачественных опухолей полости носа***

Были обследованы 73 больных доброкачественными опухолями полости носа. Возраст больных ДСОПН колебался от 18 до 72 лет, средний возраст составил  $46,3 \pm 4,7$  года.

Таблица 1.5

Образование	Перегородка носа			Латеральная стенка носа (носовые раковины)		
	Передняя часть	Средняя часть	Задняя часть	Нижняя	Средняя	Дно
<b>Гемангиома (26)</b>				-	-	-
Капиллярная	12 (46,1%)	3 (11,5 %)	1 (3,8 %)			
Кавернозная		2(2.7%)		5 (19,2%)	-	-
Смешанная	1 (3,8 %)	1 (3,8 %)		1 (3,8 %)		
<b>Кровоточащий полип (47)</b>	35 (51.8%)	11 (27.8%)	1 (2,6 %)	-	-	-
<b>Всего (73)</b>	48 (65,7%)	17 (22,0%)	2 (5,7%)	6 (8,2%)		

С учетом гистологического строения выявлены следующие виды ДСОПН: капиллярная гемангиома 16 (61.5%), кавернозная гемангиома 7 (26,9%), смешанная 3(17,9 %).

В зависимости от исходной локализации роста опухоли отмечается, что опухоли исходили из перегородки – 84,9%, из латеральной стенки - 15,1%, носовых раковин – 12,9 %, из дна носа – 5,1%, (таблица 1.5).

Распределение больных с учетом стадии опухоли представлено в таблице 1.6. Среднее время обращения пациентов за медицинской помощью составило 4,1+1,6 месяца. В зависимости от диагноза были рекомендованы различные препараты и методы лечения. Разногласия в диагностических выводах может свидетельствовать либо о сложной и уникальной особенности течения данной патологии, либо о недостаточной диагностической бдительности врачей.

Таблица 1.6

#### Распределение больных с учетом стадии ДСОПН

Стадия	Всего	Гемангиома			Р-значение
		Капиллярная	Кавернозная	Смешанная	
I стадия	4 (15,3%)	2 (7,7%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 > 0.05$
II стадия	18 (71,8%)	12 (46,4%)	5 (19,2%)	1 (3,8%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 < 0.05$
III стадия	4(17,9%)	2 (7,7%)	1 (3,8%)	1(3,8%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 > 0.05$
IV стадия	-	-	-	-	NA
Итого	26(100%)	16 (27,0%)	7 (27,0%)	3 (11,5%)	$p^1 > 0.05$ $p^2 < 0.05$

**Примечание:** группа больных с капиллярной гемангиомой являлся группой сравнения.

Таким образом, I стадия заболевания наблюдалась у 4 – 10,3% больных, больше всего исследуемых оказалось со II стадией - 28 – 71,8% случаев.

#### Показатели эндогенной интоксикации и их диагностическое значение

По результатам проведенных биохимических исследований выявлено, что содержание вторичного продукта ПОЛ – МДА возросло в 1,86 раза по сравнению с показателями контрольной группы, в то же время отмечено снижение активности каталазы (КА), в норме – 0,87, одного из ключевых ферментов антиоксидантной защиты, в 3,15 раза (0,28). Полученные

результаты, характеризующие эндогенную интоксикацию у больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа приведены в таблицах 1.7 -1.8.

**Таблица 1.7**

**Показатели эндогенной интоксикации в общей группе больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа при поступлении**

Показатели	Контроль, (n =20)	Общая группа N=73 n (%)
МДА, мкмоль/л	3,50±0,25	6,52±0,57*
КА, мккат/сек·л	0,87±0,13	0,28±0,06*
МСМ <sub>254</sub> , у.е.	0,23±0,09	0,53±0,06*
МСМ <sub>280</sub> , у.е.	0,29±0,05	0,46±0,05*
КУБ, у.е.	1,18±0,14	0,89±0,04*
МДА/КА, у.е.	3,89±0,13	23,9±5,2*

*Примечание: \*-статистически значимое отличие.*

У пациентов с доброкачественными поражениями сосудов полости носа наблюдалась значительная активация свободнорадикального окисления, согласно результатам исследования, в котором вся группа сравнивалась с контрольной группой и было обнаружено, что соотношение МДА/КА увеличилось в 6 раз до значения 23,9. Кроме того, МСМ накапливался в плазме крови, причем концентрация МСМ<sub>254</sub> увеличилась на 112,5% (0,53), а МСМ<sub>280</sub> - на 60,7% (0,46) по сравнению со значениями, наблюдавшимися в контрольной группе. В этот период коэффициент устойчивости белка (КУБ) составлял всего 74,9% от того, что было в контрольной группе (1,172) и равнялся 0,892.

Полученные данные можно использовать в качестве дополнительных критериев в диагностике больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа. Кроме того, вышеотмеченные факты целесообразно использовать и при разработке научно-обоснованного метода лечения больных.

**Таблица 1.8**

**Показатели эндогенной интоксикации в исследуемых подгруппах больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа при поступлении**

Показатели	Контроль, (n =20)	А-группа N=20	Б -группа N=28	Группа сравнения N=20
МДА, мкмоль/л	3,49±0,054	6,49±0,51*	6,54±1,42*	6,51±0,40*
КА, мккат/сек·л	0,87±0,065	0,27±0,06*	0,26±0,06*	0,29±0,03*
МСМ <sub>254</sub> , у.е.	0,23±0,090	0,50±0,06*	0,59±0,12*	0,53±0,06*
МСМ <sub>280</sub> , у.е.	0,29±0,018	0,43±0,05*	0,51±0,08*	0,46±0,05*
КУБ, у.е.	1,18±0,059	0,84±0,04*	0,89±0,18*	0,91±0,03*
МДА/КА, у.е.	3,89±0,103	23,2±5,2*	24,7±4,2*	23,9±4,2*

*Примечание: Во всех группах установлено статистически значимое отличие в показателях по сравнению с контрольной группой. Между основными группами исследования статистически значимых отличий не установлена.*

Таким образом, состояние пациентов с ДСОПН проявляется симптомами, включающими головную боль, носовые кровотечения, выделения из носа, нарушение дыхания и обоняния, ощущение инородного тела в носу. Они также испытывают общую интоксикацию организма, которая сопровождается увеличением уровней малонового диальдегида (МДА), миелопероксидазы (МСМ254), миелопероксидазы (МСМ280), отношения МДА к каталазе (МДА/КА), а также снижением активности каталазы и КУБ.

В четвертой главе «Оценка эффективности комбинированного лечения доброкачественных сосудистых образований полости носа» приведена сравнительная оценка клинической эффективности традиционного и комплексного лечения у пациентов с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа.

Результаты клинического обследования до и после лечения больных получивших только традиционное лечение (группа сравнения) представлены в таблице 1.9.

После 7 дня лечения наблюдались заложенность носа - у 10 (48,5 %), выделения сукровичного и слизисто-гнойного характера - у 8 (39,4%), головные боли - у 5 (24,2 %), носовые кровотечения - у 6 (39,4 %), признаки общей интоксикации - у 30 (90,9%) больных. На 21 день у больных получивших традиционное лечение наблюдались заложенность носа - у 5 (12,1 %), выделения сукровичного и слизисто-гнойного характера - у 2 (9,1%), головные боли у пациентов больше не наблюдались, носовые кровотечения - у 4 (18,2 %), и признаки общей интоксикации - у 13 (63,6 %) больных (табл. 1.9). Признаки воспалительного процесса в этой группе до лечения на рентгенограмме отмечались у 13 (66,7 %), а на 21 день после лечения – у 2 (12,1 %) больных.

**Таблица 1.9**

**Клиническая симптоматика больных группы сравнения до и после лечения**

№	Клинический симптом	До лечения N=20 n (%)	7-день лечения N=20 n (%)	14-день лечения N=20 n (%)	21-день лечения N=20 n (%)
1.	Затруднение носового дыхания	13 (65,0 %)	10 (50,0 %)	9* (45,0%)	5** (25,0 %)
2.	Патологические выделения из носа	10 (50,0 %)	8 (40,0 %)	6 (30,0 %)	2* (10,0 %)
3.	Головная боль	8 (40,0%)	5 (25,0 %)	4* (20,0 %)	3 <sup>па</sup> (15,0 %)
4.	Носовые кровотечения	15 (75,0 %)	8 (40,0 %)	6 (30,0 %)	4* (20,0%)
5.	Чувство инородного тела в носу	7 (33,3%)	4 (18,2%)	2* (9,1 %)	0 <sup>па</sup> (0%)
7.	Общая интоксикация	19 (95,0%)	18 (90,0%)	16 (80,0 %)	13* (65,0%)

*Примечание: \*-p<0.05*

Наряду с клинико-инструментальными исследованиями, нами изучено состояние параметров эндотоксикоза, результаты которых после традиционного лечения представлены в таблице 1.10.

Как видно из данных таблицы 1.10, на 7-й день после традиционного лечения, МДА снизилось на 4,5 %. Активность каталазы на 10,3 % и при этом значительно была ниже контрольной группы (КГ). Соотношение МДА/КА уменьшилось на 13,8% но осталась выше показателя КГ (4,98 раза). На 21-й день МДА значительно снизилось до  $4,92 \pm 0,73$  мкмоль/л.

При этом содержание МДА была значительно выше среднего показателя МДА в контрольной группе но при сравнении с показателем до лечения была установлена статистически значимое различие.

**Таблица 1.10**

**Показатели эндогенной интоксикации у больных сравнения группы получивших традиционное лечение**

Показатели	До лечения (n=20)	7-день лечения (n=20)	14-день лечения (n=20)	21-день лечения (n=20)
МДА, мкмоль/л	$6,51 \pm 0,73$	$6,22 \pm 0,81$	$5,83 \pm 0,65^*$	$4,92 \pm 0,73^{**}$
КА, мккат/сек·л	$0,29 \pm 0,11$	$0,32 \pm 0,11$	$0,40 \pm 0,12$	$0,51 \pm 0,16^{**}$
МСМ <sub>254</sub> , у.е.	$0,53 \pm 0,13$	$0,51 \pm 0,16$	$0,46 \pm 0,17$	$0,40 \pm 0,15$
МСМ <sub>280</sub> , у.е.	$0,46 \pm 0,08$	$0,41 \pm 0,10$	$0,38 \pm 0,09$	$0,36 \pm 0,11$
КУБ, у.е.	$0,91 \pm 0,05$	$0,93 \pm 0,07$	$0,98 \pm 0,06$	$1,01 \pm 0,08^*$
МДА/КА, у.е.	$22,52 \pm 2,59$	$19,41 \pm 1,62$	$14,72 \pm 1,49^*$	$9,31 \pm 1,09^{**}$

*Примечание:* \*- $p < 0,05$ ,

Уровень активности каталазы достиг  $0,40 \pm 0,12$  мккат/сек·л и повысился на 37,9%. Несмотря на то, что МДА/КА был снижен на 34,6%, данный показатель все равно было в 3,78 раза выше, чем в контрольной группе.

Традиционное лечение привела к незначительной коррекции гидрофильного компонента эндотоксикоза на седьмой день, о чем свидетельствует снижение концентрации МСМ254 всего на 3,8% по сравнению с уровнем, на котором она находилась до лечения. На это указывал тот факт, что концентрация МСМ254 была ниже. Количество МСМ280 в образце снизилось всего на 10,9%, что по-прежнему в 1,41 раза выше уровня до обработки. Кроме того, коэффициент устойчивости белка (КУБ) немного превысил значение до лечения на 2,2%, продолжая оставаться в 1,27 раза ниже уровня в контрольной группе. На двадцать первый день после терапевтической операции была замечена незначительная корректировка концентрации МСМ254. По сравнению с уровнем до терапии, этот показатель снизился на 13,2%, значительно превысив уровень до лечения в 2 раза. Кроме того, уровень МСМ280 незначительно снизился на 17,4%, что было в 1,31 раза выше контрольного уровня. Кроме того, уровень КУБ был на 7,7% выше значения до терапии. В общей сложности у семи пациентов, или 35,0%, в

группе сравнения после лечения наблюдался рецидив доброкачественных новообразований сосудов носа.

Таким образом, ТЛ способствовало незначительной коррекции изучаемых показателей, т.е. недостаточно снизилась интенсивность процессов ПОЛ и содержание МСМ. Недостаточно удовлетворительные результаты ТЛ больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа побуждают к усовершенствованию общепринятых подходов в лечении данной патологии.

В комплекс лечения доброкачественных сосудистых образований полости носа больным I группы был включен, помимо традиционных методов, препарат полидекса (15 мл) - комбинированный препарат состоящий из неомицина сульфат 1г, (650 000 МЕ), полимиксина В сульфат (1 000 000 МЕ), дексаметазон натрий метасульфобензоат (0,025 г) и фенилэфрина гидрохлорид (0,250 г).

Препарат полидекса в форме спрея назначалась больным в послеоперационном периоде эндоназально 5 раз в день, в течении первых 5 дней и по 3 раза в день, в последующие 5 дней с курсом терапии в течении 10 дней. Выбор способа анестезии и вида оперативного вмешательства проводился аналогично группе больных с традиционным лечением.

**Таблица 1.11**

**Клиническая симптоматика больных А-группы (ТЛ+полидекса) до и после лечения**

№	Клинический симптом	До лечения N=25 n (%)	7-день лечения N=25 n (%)	14-день лечения N=25 n (%)	21-день лечения N=25 n (%)
1.	Затруднение носового дыхания	20 (80,0 %)	9 (33,3 %)	3* (12,0%)	2** (8,0 %)
2.	Патологические выделения из носа	13 (52,0 %)	4 (16,0 %)	2 (8,0 %)	0* (0 %)
3.	Головная боль	12 (40,0 %)	4 (13,3 %)	1* (3,3 %)	0 (0 %)
4.	Носовые кровотечения	24 (80,0 %)	11 (44,0 %)	9 (35,0%)	5* (2,0%)
5.	Чувство инородного тела в носу	11 (44,0%)	4 (16,0%)	1* (4,0 %)	0 (0%)
6.	Общая интоксикация	25 (100,0 %)	20 (80,0%)	16* (32,0 %)	5** (20,0%)

*Примечание: \*-p<0.05,*

У больных получивших комбинированную терапию с препаратом полидекса, после 7 дня лечения наблюдались значительные изменения в клинической симптоматике (табл 1.11). В частности, заложенность носа встречалась у 9 (36,0 %) больных, выделения сукровичного и слизистого характера всего у 4(16,0%), головные боли - у 4 (16,0 %), носовые

кровотечения - у 11 (44,0 %), нарушение обоняния - у 5 (16,7 %), признаки общей интоксикации - у 20 (80,0%) больных.

На 21 день у больных получивших комбинированную терапию с препаратом полидекса наблюдались заложенность носа - у 2 (4,0 %), выделения сукровичного и слизисто-гнойного характера, нарушение обоняния и головные боли у пациентов больше не наблюдались, носовые кровотечения лишь встречались у 1 (3,3 %) пациента. При этом признаки общей интоксикации была установлена у 5 (16,7%) больных (табл. 1.11). На рентгенограмме воспалительные признаки на 21 день после лечения отмечались только у 1 (3,3 %) больного.

Для оценки эффективности проведенного лечения также были рассмотрены результаты биохимических исследований (табл.1.12). При применении препарата полидекса уровень МДА у больных I группы уменьшился на 39,1 %, но при этом остался чуть выше среднего показателя контрольной группы.

**Таблица 1.12**

**Показатели эндогенной интоксикации у больных  
Подгруппа А (ТЛ+полидекса)**

Показатели	До лечения (n=25)	7-день лечения (n=25)	14-день лечения (n=25)	21-день лечения (n=25)
МДА, мкмоль/л	6,49±1,51	5,61±1,13	4,58±1,18*	3,95±1,14*
КА, мккат/сек·л	0,27±0,06	0,39±0,11*	0,47±0,18*	0,68±0,21*
МСМ <sub>254</sub> , у.е.	0,50±0,06	0,45±0,08	0,38±0,09*	0,31±0,08*
МСМ <sub>280</sub> , у.е	0,43±0,05	0,38±0,06	0,32±0,04*	0,29±0,05*
КУБ, у.е.	0,84±0,13	0,99±0,10	1,06±0,13*	1,13±0,11*
МДА/КА, у.е.	24,0±5,2	14,32±1,71*	10,0±1,58*	5,83±0,89*

**Примечание:** \*-p<0.05,

Следует отметить, что использование препарата полидекса увеличивал активность каталазы плазмы на 1.51 раза (P<0,001). Было установлено, что после терапии Полидексой соотношение МДА/КА снизилось в 4,11 раза, тогда как при ТЛ оно снизилось в 2,41 раза. По сравнению с результатами, полученными у пациентов первой группы, наблюдалось значительное различие между эффектами Полидекса и ТЛ в плане снижения уровня молекул промежуточной массы в плазме крови. Концентрации МСМ254 и МСМ280 снизились на 29,4 и 28,8% соответственно (p<0,05). Кроме того, сообщалось, что улучшение эндогенной интоксикации происходило значительно быстрее у пациентов первой группы, по сравнению с пациентами группы сравнения, получавшими только ТЛ.

В комплекс лечения доброкачественных сосудистых образований полости носа больным II группы был включен эфирное масло аниса (так как эфирное масло аниса высоко концентрировано, оно было смешано с маслом-носителем – в данном случае маслом горького миндаля). Эфирное масло аниса

назначался на фоне традиционного лечения, эндоназально 3 раза в сутки за 1 неделю до и после хирургического удаления новообразования в течение 2 недель в этой же дозировке.

У больных II группы, получивших экстракт масла аниса на фоне ТЛ, послеоперационный период протекал удовлетворительно, также отмечалось быстрое заживление ран, незначительное образование корок, полость носа самоочищалась намного быстрее (табл.1.13).

**Таблица 1.13**

**Клиническая симптоматика больных Б-группы (ТЛ+экстракт арпабодиёна+полидекса) до и после лечения**

№	Клинический симптом	До лечения N=28	7-день лечения N=28 n (%)	14-день лечения N=28 n (%)	21-день лечения N=28 n (%)
1.	Затруднение носового дыхания	28 (100 %)	8 (28,5 %)	0** (0 %)	0*** (0 %)
2.	Патологические выделения из носа	18 (64,2 %)	3 (10,0 %)	4** (13,3%)	1*** (3,3 %)
3.	Головная боль	17 (60.7 %)	3 (20.0 %)	0* (0%)	0** ( %)
4.	Носовые кровотечения	25 (89,2 %)	5 (17,8 %)	0** (0%)	0 <sup>па</sup> (0%)
5.	Чувство инородного тела в носу	9 (32,1%)	3 (10,0%)	0** (0 %)	0 <sup>па</sup> (0%)
6.	Общая интоксикация	28 (100,0%)	10 (35,7%)	1** (3,57%)	0 <sup>па</sup> (0%)

**Примечание:** \*- $p < 0.05$ , \*\*-  $p < 0.01$ ,

После завершения лечения у пациентов группы II восстановился нормальный микробиоценоз ПН. Эфирное масло аниса, по сравнению с традиционным лечением доброкачественных сосудистых поражений полости носа, в большей степени подавляло реакции ЛПО и возвращало концентрацию гидрофильных компонентов эндотоксемии в плазме крови к нормальному уровню (табл. 1.14).

Под влиянием эфирного масла аниса содержание МДА снизилось на 42,6%, хотя его значение существенно не отличалось от значения после применения Полидекса ( $p > 0.05$ ) и составляло 79,6% от значения после обычного лечения ( $p < 0.05$ ). На фоне применения эфирного масла аниса активность каталазы плазмы увеличилась на 60,0%, что на 173,3 и 70,8% больше, чем после применения стандартной терапии с полидексой.

Соотношение МДА/КА было значительно больше, чем после стандартной терапии, что свидетельствует о значительном антиоксидантном действии препарата. Об этом свидетельствовал тот факт, что соотношение было в 3,40 раза ниже. Концентрация МСМ254 и МСМ280 снизилась на 35,6% и 37,5%, соответственно, после лечения экстрактом анисового масла. У двух человек, или 6,7% от общего числа, был обнаружен рецидив опухоли.

Таблица 1.14

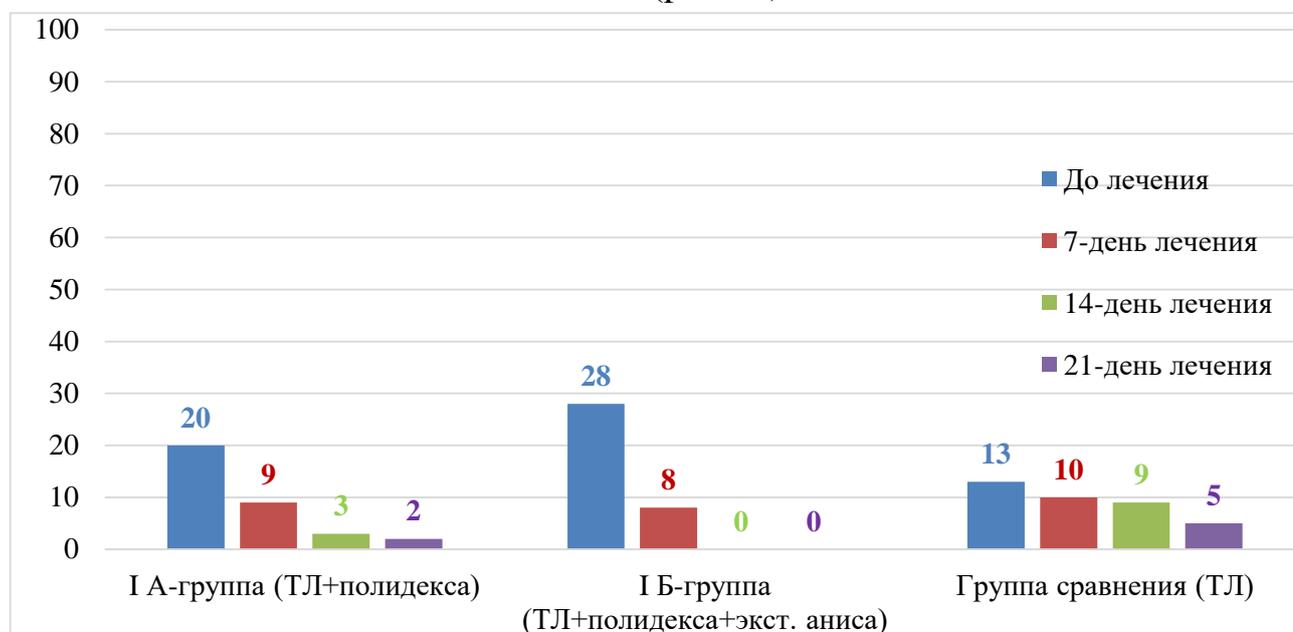
**Показатели эндогенной интоксикации у больных  
Б группы (ТЛ+полидекса+экстракт анис) до и после лечения**

Показатели	До лечения (n=28)	7-день лечения (n=28)	14-день лечения (n=28)	21-день лечения (n=28)
МДА, мкмоль/л	6,54±1,42	5,88±1,78	5,21±1,73*	4,35±1,42***
КА, мккат/сек·л	0,26±0,06	0,36±0,10	0,40±0,13**	0,59±0,16***
МСМ <sub>254</sub> , у.е.	0,59±0,12	0,49±0,09*	0,42±0,10**	0,38±0,11**
МСМ <sub>280</sub> , у.е.	0,48±0,08	0,41±0,05	0,36±0,05*	0,30±0,06**
КУБ, у.е.	0,89±0,18	0,95±0,11	1,01±0,12	1,07±0,12*
МДА/КА, у.е.	25,1±4,2	16,3±1,69	11,83±1,52*	7,37±0,95**

*Примечание:* \*-p<0.05,

Таким образом, применение эфирного масла аниса в лечении больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа, также значительно приблизил показатели эндогенной интоксикации к контрольным.

Мы провели сравнительный анализ показателей клинической симптоматики больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа до и после лечения на протяжении 21-дня между исследуемыми группами. Согласно анализу результатов, между сравниваемыми группами в частоте встречаемости затруднения носового дыхания до лечения не наблюдалось (p>0.05) (рисунок 1.15). На 7-й день после лечения, только у больных А-группы (ТЛ+полидекса) наблюдалось статистически значимое снижение данного показателя до 33.3% (p<0.05).

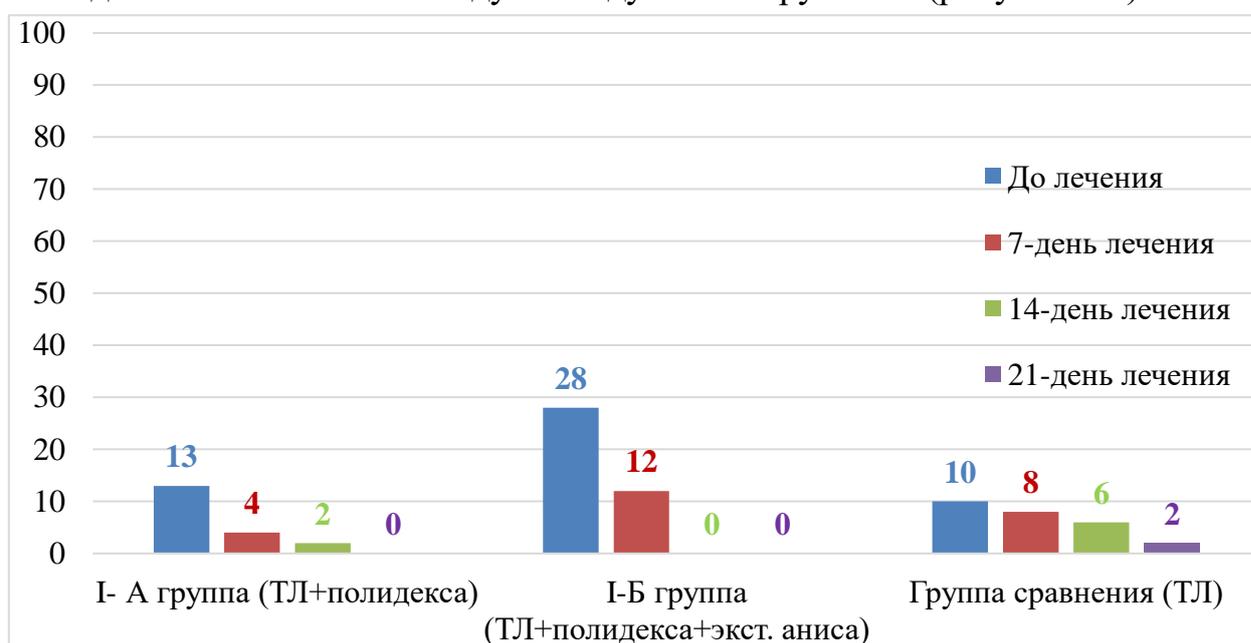


**Рисунок 1.1.** Частота встречаемости затруднения носового дыхания у больных с ДСОНП до и после лечения.

Во Б-группе и в группе сравнения также наблюдались уменьшение частоты данного симптома, но при этом статистически значимых изменений не была установлена. На 14-й день после лечения, во всех группах

наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости затруднения носового дыхания. При этом, у больных I-группы данный симптом наблюдалось только у 10.0% больных ( $p < 0.05$ ). Во II-группе и в группе сравнения данный показатель составил 23.3% ( $p < 0.05$ ) и 33.3% ( $p < 0.05$ ) соответственно. На 21-й день после лечения, во всех группах также наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости затруднения носового дыхания. У больных I-группы данный симптом наблюдалось только у одного больного (3,3%,  $p < 0.01$ ). Во II-группе и в группе сравнения, на 21-й день лечения, данный показатель составил 6.7% ( $p < 0.01$ ) и 12.1% ( $p < 0.01$ ) соответственно (рисунок 1.1).

Далее мы провели сравнительный анализ патологических выделений из носа у больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа до и после лечения между исследуемыми группами (рисунок 1.2).

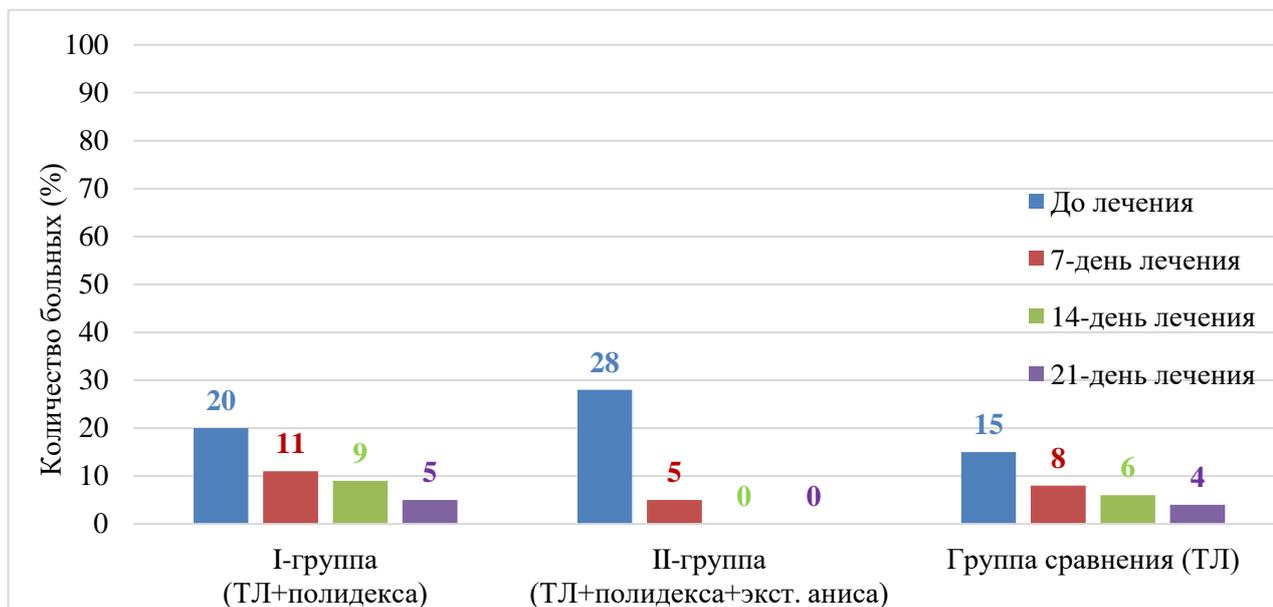


**Рисунок 1.2.** Частота встречаемости патологических выделений из носа у больных с ДСОНП до и после лечения.

На 14-й день после лечения, во всех группах наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости патологических выделений из носа. При этом, у больных I-группы данный симптом наблюдалось только у 6.7% больных что составил самый лучший показатель среди исследуемых групп ( $p < 0.001$ ). Во II-группе и в группе сравнения данный показатель составил 13.3% ( $p < 0.01$ ) и 27.3% ( $p < 0.05$ ) соответственно. На 21-й день после лечения, во всех группах также наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости затруднения носового дыхания. У больных I-группы данный симптом не наблюдалось. Во II-группе и в группе сравнения, на 21-й день лечения, данный показатель составил 3.3% ( $p < 0.001$ ) и 9.1% ( $p < 0.01$ ) соответственно (рисунок 1.2).

Также, мы провели сравнительный анализ встречаемости носовых кровотечений у больных до и после лечения между исследуемыми группами. (рис. 1.3). После курса терапии лечения во всех исследуемых группах

наблюдалось статистически значимое снижение носовых кровотечений, но при этом наиболее выраженное снижение данного симптома отмечалась у больных I-группы.

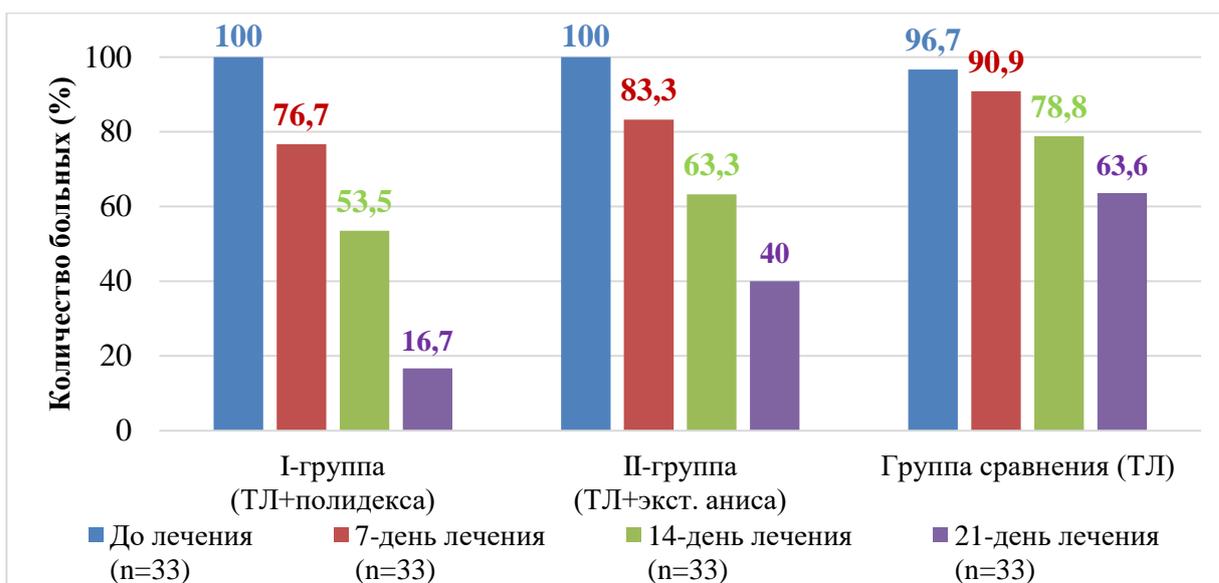


**Рисунок 1.3.** Частота встречаемости носовых кровотечений у больных с ДСОНП до и после лечения.

Далее мы провели сравнительный анализ встречаемости нарушения обоняния в исследуемых группах. На 7-й день после лечения, только у больных получивших комбинированную терапию препаратом полидекса (I-группы) наблюдалось статистически значимое снижение данного показателя до 13.3% ( $p < 0.05$ ). В II-III группах также наблюдались уменьшение частоты данного симптома, но при этом статистически значимых изменений не была установлена по сравнению с показателями до лечения. На 14-й день после лечения, во второй группе также наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости нарушения обоняния ( $p < 0.05$ ). На 21-й день после лечения, во всех группах также наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости нарушения обоняния. У больных I и II -группы данный симптом больше не наблюдалось.

Общая интоксикация у больных с доброкачественными сосудистыми образованиями полости носа был важным диагностическим и прогностическим фактором данного исследования. Между сравниваемыми группами отличий в частоте встречаемости общей интоксикации до лечения не наблюдалось ( $p > 0.05$ ).

На 7-й день после лечения, статистически значимое снижение данного показателя в исследуемых группах не наблюдалось ( $p > 0.05$ ). Но при этом более заметное снижение частоты общей интоксикации у больных наблюдалось в I-группе – 76,7%. На 14-й день после лечения, только в у больных I и II-группы наблюдалось статистически значимое снижение частоты общей интоксикации – 53,5% ( $p < 0.01$ ) и 63,3% ( $p < 0.05$ ) соответственно.



**Рисунок 1.4.** Частота встречаемости общей интоксикации у больных с ДСОНП до и после лечения

При этом, у больных III -группы данный симптом наблюдалось у 78.8% больных ( $p>0.05$ ). На 21-й день после лечения, во всех группах также наблюдалось значимое урежение частоты встречаемости общей интоксикации ( $p<0.05$ ). У больных I-группы данный симптом наблюдалось только у 16,7%, во II-группе у 40,0% больных и у 63,6% больных группы сравнения. Наиболее значимое снижение случаев общей интоксикации в течении 21 дней лечения наблюдалась у больных I и II-группы (рисунок 1.4).

Всем больным основной группы и контрольной проводили иммунологическое исследование выделений из носа после операции. Результаты предоперационного иммунологического исследования сравнивали с результатами через 10 дней и 1 месяц после операции. Для этого можно будет определить восстановление эндоназальной слизистой оболочки. Ниже представлены сравнительные иммунологические показатели отделяемого из носа у пациентов, которым выполняли эндоназальное удаление опухоли из полости носа.

**Таблица 1.15**

**Сравнительные показатели Ig A и Ig E при иммунологическом разделении больных контрольной и основной группы.**

показатели	контрольная	До операции	10 дней	1 мес
Ig A	34±5*	24,3±2,6*	29,7±2,7*	35,1±3,5*
Ig E	0,07±0,02	0,3±0,05	0,2±0,05	0,1±0,05

**Примечание.** \*Определено статистически значимое различие между группами (критерий хи-квадрат  $p<0,005$ ).

По данным таблицы выявлены статистически значимые изменения при сравнении с нормой. Однако при лечении больных основной группы полидексой с фенилэфрином в течение 10 дней и экстрактом масла аниса результаты были ближе к норме уже через 1 мес после операции.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У больных с сосудистыми опухолями полости носа выявлялось достоверно высокое возрастание МДА до 86,4 % на фоне снижения активности каталазы до 67,8%, накопление МСМ<sub>254</sub> до 130,4 % и МСМ<sub>280</sub> до 58,6 %, при этом КУБ снизилась до 75,4 %, а соотношение МДА/КА возрастало в 6.14 раз. Вышеизложенное можно использовать в качестве дополнительных критериев в диагностике сосудистых опухолей.

2. Средние показатели всасывательной функции увеличились на  $6,5 \pm 2$  уд.мин.транспортной функции  $18,6 \pm 0,4$  мин, состояние гуморального иммунитета слизистой оболочки носа уменьшилось Ig A  $19,4 \pm 2,6$  мг/л. После проведения усовершенствованного лечения отмечалось полная нормализация показателей гуморального иммунитета и защитной функции слизистой оболочки носа.

3. Обосновано применение препарата Полидекса и эфирного масла Аниса в лечении сосудистых опухолей полости носа. Выявлены положительные влияния препарата полидекса и эфирного масла в комбинации с традиционным лечением на эндотоксикоз, которое выражается в повышение активности каталазы и КУБ, а также снижение МДА, МСМ<sub>254</sub> и МСМ<sub>280</sub> до контрольных величин.

4. Разработанные предложения по предупреждению рецидива заболевания уменьшило возникновение рецидива заболевания, а также позволило в быстрые сроки после хирургического вмешательства раннему заживлению защитной функции слизистой оболочки носа.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02  
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES AT SAMARKAND STATE  
MEDICAL UNIVERSITY**

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**NEMATOV UKTAM SUYUNVICH**

**IMPROVING THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENIGN  
VASCULAR NEOPLASMS OF THE NASAL CAVITY**

**14.00.04 – Otorhinolaryngology**

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION  
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN THE MEDICAL SCIENCES**

**Samarkand– 2023**

**The subject of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under the number №B2020.4.PhD/Tib1490.**

The dissertation was done at the Samarkand State Medical University.

The abstract of the dissertation is available in three languages (Uzbek, Russian, and English (resume)) on the website of the Academic Council ([www.sammu.uz](http://www.sammu.uz)) and the information and educational portal "Ziyonet" ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Supervisor:** **Lutfullaev Gayrat Umrillaevich**  
doctor of medical sciences, docent

**Official opponents:** **Nasyrov Vadim Aliyarovich**  
doctor of medical sciences, professor

**Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna**  
doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:** **Tajik State Medical University named after Abuali Ibn Sina**

Dissertation defense will be held at the meeting of the scientific council under the Samarkand state medical university DSc.04/05.06.2020.Tib.102.02 in 2023 «\_\_» \_\_\_\_\_ time \_\_\_\_\_. (Address: 140100, Samarkand city, Amir Temur street 18. Tel / fax: (+99866) 233-30-34, e-mail: [ilmiyprorektori@sammi.uz](mailto:ilmiyprorektori@sammi.uz)).

The dissertation is available at the information-resource centre of Samarkand state medical university (registered under number \_\_\_\_\_). Address: 140100, Samarkand city, 18 Amir Temur street. Tel / fax: (+99866) 233-30-34.

The dissertation abstract was distributed on "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2023 year.

(Mailing reoprt No. \_\_\_\_ on “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2023 year)

**J.A. Rizaev**

Chairman of the scientific council for awarding academic degrees, doctor of medical sciences, professor

**G.U. Samieva**

Scientific secretary of scientific council for awarding academic degrees, doctor of medical sciences, professor

**M.T. Nasretdinova**

Chairman of scientific seminar of scientific council for awarding academic degrees, doctor of medical sciences, professor

## INTRODUCTION (PhD thesis abstract)

**Aim of the study.** To improve early diagnosis and evaluate the effectiveness of complex treatment of patients with benign vascular neoplasms (haemangiomas) of the nasal cavity

**Study materials and methods.** The present study, conducted from 2018 to 2021 in the department of otorhinolaryngology 1 clinic of Samara State Medical University, was based on clinical observations of 93 patients with benign vascular formations (hemangiomas) of nasal cavity aged from 18 to 72 ears, as well as 20 healthy individuals. The nasal cavity served as the subject of the investigation. The investigation included general clinical methods (external otorhinolaryngological examination, palpatory examination, blood pressure measurement, general blood test, general urine test), ENT examinations, endoscopy, bacteriological, histological (examination of operative material), instrumental and statistical methods.

**The scientific novelty of the study.** Early signs of benign nasal cavity neoplasms have been revealed in view of the changes in the biochemical parameters of the organism. The diagnostic significance of endotoxemia indices has been established due to accumulation of MDA and MSM in blood plasma, increase of MDA/CA as well as decrease of catalase activity and protein stability coefficient.

The positive antioxidant effect of the preparation Polydex and anise essential oil on clinical parameters and the state of endotoxicosis parameters has been evaluated. The complex application of the preparation Polidex and aniseed essential oil is substantiated and its efficacy in reduction of bleeding and recurrence of benign vascular formations of the nasal cavity is proved.

**Implementation of research results.** Improved methods of diagnostics and treatment carried out in patients with benign nasal cavity tumors have been evaluated according to the results of the study:

The methodical recommendation on new approaches to diagnostics of benign neoplasms of nasal cavity "Diagnostics of hemangiomas of nasal cavity" (approved in the Ministry of Health 8n-p/600 from 09.06.2022) was approved. This methodological recommendation allows for the diagnosis of benign nasal cavity tumors; The methodic recommendation "treatment of hemangiomas of nasal cavity" (approved by the Ministry of Health No. 8n-p/1036, 27.09.2022) was approved. This methodical recommendation allows the effective treatment of patients with benign vascular lesions of the nasal cavity; The results of clinical, laboratory and instrumental peculiarities of patients with DNOSPN are introduced into practice of Navoi Regional Multidisciplinary Medical Centre, Urgut District Medical Association as well as the first clinic of Samarkand State Medical University (certificate of Ministry of Health No. 8n-p/415, dated August 10, 2022). The implementation of the results of the study allowed us to optimise the diagnosis and treatment of SSRIs, prevent persistent hearing damage, reduce the length of hospital stay, and improve the quality of life of the patients.

**Structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, 4 chapters, conclusions, practical recommendations, an appendix and a list of references. The volume of the dissertation is 110 pages.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I часть (I бўлим; I part)**

1. Лутфуллаев Г.У., Нетьматов У.С., Сафарова Н.И., Хамраев Ф.Х., Коррекция эндогенной интоксикации у больных с сосудистыми опухолями носа // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд 2021. №5 (130) – С. 73-79. 14.00.00 (19)
2. Лутфуллаев Г.У., Нетьматов У.С., Сафарова Н.И. Наш опыт и лечения гемангиом полости носа // Журнал «стоматологии и краниофациальных исследований», Самарканд 2022– С. 249-252
3. Лутфуллаев Г.У., Нетьматов У.С., Сафарова Н.И., Бурун бушлиги гемангиомаларини даволашдаги тажрибамиз Журнал «Проблемы биологии и медицины», №4 (137) Самарканд 2022 –С.101-105. 14.00.00 (19)
4. Сафарова Н.И., Лутфуллаев Г.У., Нетьматов У.С. Аналитическая оценка микрофлоры у больных с доброкачественными сосудистыми опухолями полости носа //журнал «биомедицина ва амалиёт журнали» 7 жилд 5 сон Самарканд 2022-с 247-251. 14.00.00(24)
5. Лутфуллаев Г.У., Нетьматов У.С., Сафарова Н.И. Гемангиома полости носа (случай из практики). //журнал «биомедицина ва амалиёт журнали» 7 жилд 5 сон Самарканд 2022-с 242-247. 14.00.00(24)
6. Lutfullayev G.U.\*, Nematov U.S., Lutfullayev U.L Safarova N.I Importance of Pregnancy in the Pathogenesis of Hemangiomas Middle European Scientific Bulletin. <https://cejsr.academicjournal.io/index.php/journal/article/view/1566/1468> Volume 29, October 2022 P.216-220
7. Lutfullayev G.U., Nematov U.S, Buriyev Sh.A. Khushaqulova F.A. Correction Of Endogenous Intoxication In Patients With Vascular Tumors Of The Nos <https://cejsr.academicjournal.io/index.php/journal/article/view/1648> Volume 31, December 2022, Pages 113-119
8. Lutfullayev G.U., Nematov U.S, Lutfullayeva G.U., Umrillayev L.G., Umrillayev L.G. Diagnosis and Treatment of Benign Vascular Formations of the Nosal Cavity <https://cajmns.centralAsianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/1132/1046>
9. Lutfullayev G. U., Nematov U. S., Lutfullayev U.L The Significance of Pregnancy in the Pathogenesis of Hemangiom <https://cejsr.academicjournal.io/index.php/journal/article/view/1566/1468> Middle European Scientific Bulletin Volume 29, October 2022 P.216-220
10. Lutfullayev G. U., Nematov U. S., Fayzullayev A.I. Improvement of surgical treatment of hemangiomes nasal cavity and pharynx European Journal of Modern Medicine and Practice (EJMMP) Volume 2, November 2022 P.88-92
11. Lutfullayev G. U., Nematov U. S., Safarova N. I. Clinical Case of a Patient with a Hemangioma of the Nasal Cavity // American Journal of Medicine and

## II часть (II бўлим; II part)

1. Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаев У.Л., Неъматов У.С., Сафарова Н.И. Случай из практики: гемангиома полости носа у беременной женщины // Научно-практический журнал «Вестник науки и образования» № 10(88). 2020. Москва. -С. 89-93

2. Gayrat Lutfullaev, Nasiba Safarova, Uktam Nematov, Shakhodat Kobilova, Adham Ortikov. Clinical and Morphological Characteristics of Benefits of the Nose and Paranasal Sinuses. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, (2021). 115–119. Retrieved from <https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/86>

3. Лутфуллаев Г.У., Неъматов У.С., Сафарова Н.И. Диагностика гемангиом полости носа // Методическая рекомендация Ташкент – 2022 й.

4. Лутфуллаев Г.У., Неъматов У.С., Сафарова Н.И.. Бурун бушлиги гемангиомасини даволаш // Методическая рекомендация Ташкент – 2022.

5. Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаев У.Л., Неъматов У.С. Совершенствование хирургического лечения гемангиом полости носа и глотки // Достижения науки и образования № 1 (55), 2020, научно-методический журнал, г. Иваново С. 30-34

Автореферат «Биология ва тиббиёт муаммолари» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тиллари (резюме) даги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEXROJ BARAKA” 140100.  
г. Самарканд, ул. Мирзо Улугбек, 3.  
Подписано в печать 21.07.2023 Формат 60x84<sup>1/16</sup>.  
Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 3,49  
Тираж: 60 экз. Заказ № 119-2023  
Тел/фах: +998 94 822-22-87. e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**



